

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Michaela Tláskalová

**Možnosti terapeutické a poradenské práce  
s ženami jako oběťmi domácího násilí**

**Possibilities of therapeutic and counseling work  
with women as victims of domestic violence**

Praha, 2019

Vedoucí práce: PhDr. David Čáp, Ph.D.

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce PhDr. Davidu Čápovi, Ph.D. za jeho ochotu, vstřícnost, trpělivý postoj a především za jeho podnětné připomínky, které mě motivovaly při zpracování této bakalářské práce.

Poděkování patří i PhDr. Evě Höschlové, Ph.D., Mgr. Ing. Marku Vrankovi a PhDr. Evě Šírové, Ph.D. za jejich cenné rady a členům mé rodiny za trpělivost a morální podporu, jež mi při psaní této bakalářské práce poskytli.

## Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 24. 4. 2019*

.....

*Michaela Tláskalová*

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se věnuje charakteristice domácího násilí a zmapování jednotlivých přístupů k terapii a poradenství u žen, které byly ohroženy domácím násilím. Obsahem literárně – přehledové části práce jsou psychologické aspekty domácího násilí. Jeho definice, znaky, dopady a hlavní formy. Je zde popsán jeho cyklus a modely reakcí žen. Dále jsou nastíněny principy komunikace s oběťmi domácího násilí i proces odpoutávání se z násilného vztahu. Předloženy jsou vybrané přístupy v terapeutické a poradenské práci s oběťmi domácího násilí jako jsou krizová intervence, párová terapie, poradenství, terapie vycházející z kognitivně – behaviorální terapie, desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů a svépomocné podpůrné skupiny. Zmíněny jsou i instituce pomáhající obětem domácího násilí v České republice. V souvislosti s tím je navržen výzkumný projekt, který se zaměřuje na redukci negativních symptomů, které se pojí se zkušeností oběti domácího násilí. Snížení těchto příznaků by mělo být výsledkem konkrétního psychoterapeutického programu.

## **Klíčová slova**

domácí násilí, oběť, násilný partner, terapie, poradenství

## **Abstract**

This Bachelor thesis deals with the characteristics of domestic violence and maps out individual therapeutic and counseling approaches for female victims of domestic violence. The theoretical part of the thesis focuses on psychological aspects of domestic violence – on its definition, signs, impact, and most importantly its main types. It also describes the domestic violence cycle and various models for female reactions to it. Furthermore, it outlines the principles of communication with victims of domestic violence as well as the process of breaking away from violent relationships. Selected therapeutic and counseling methods of dealing with victims of domestic violence are presented, e.g. crisis intervention, couples' therapy, counseling, cognitive-behavioral based therapy, eye movement desensitization and reprocessing therapy, and self-help support groups. Czech institutions that help victims of domestic violence are also mentioned. In relation to that, a research project is proposed. Its aim is to reduce negative symptoms related to the experiences of domestic violence victims. Reduction of such symptoms would be the result of a specific psychotherapeutic program.

## **Keywords**

domestic violence, victim, violent partner, therapy, counseling

## Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA DOMÁCÍHO NÁSILÍ .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 CHARAKTERISTIKA DOMÁCÍHO NÁSILÍ .....</b>	<b>10</b>
<i>1.1.1 Definice.....</i>	<i>10</i>
<i>1.1.2 Znaky domácího násilí.....</i>	<i>10</i>
<i>1.1.3 Formy domácího násilí .....</i>	<i>11</i>
<i>1.1.4 Cyklus domácího násilí.....</i>	<i>12</i>
<b>1.2 DOPADY DOMÁCÍHO NÁSILÍ .....</b>	<b>12</b>
<i>1.2.1 Fyzické následky domácího násilí.....</i>	<i>12</i>
<i>1.2.2 Psychické následky domácího násilí.....</i>	<i>13</i>
<i>1.2.3 Modely reakcí žen jako obětí domácího násilí.....</i>	<i>15</i>
<b>2. MOŽNOSTI TERAPEUTICKÉ A PORADENSKÉ PRÁCE.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 PRÁCE S ŽENAMI JAKO OBĚŤMI DOMÁCÍHO NÁSILÍ .....</b>	<b>16</b>
<i>2.1.1 Proces odpoutání se od násilného vztahu.....</i>	<i>16</i>
<i>2.1.2 Komunikace s osobami ohroženými domácím násilím .....</i>	<i>17</i>
<b>2.2 INTERVENCE V PŘÍPÁDECH DOMÁCÍHO NÁSILÍ .....</b>	<b>18</b>
<i>2.2.1 Krizová intervence .....</i>	<i>18</i>
<i>2.2.2 Poradenství.....</i>	<i>19</i>
<i>2.2.3 Párová terapie .....</i>	<i>20</i>
<i>2.2.4 Psychoterapie kognitivně – behaviorální, EMDR .....</i>	<i>21</i>
<i>2.2.5 Dlouhodobá expozice, kognitivní restrukturalizace .....</i>	<i>22</i>
<i>2.2.6 Trénink inokulace stresu.....</i>	<i>24</i>
<i>2.2.7 Kognitivně procesivní terapie.....</i>	<i>25</i>
<i>2.2.8 Dialektická behaviorální terapie .....</i>	<i>27</i>
<i>2.2.9 Terapie traumatu .....</i>	<i>27</i>
<i>2.2.10 Svépomocné podpůrné skupiny.....</i>	<i>29</i>
<b>2.3 ORGANIZACE POMÁHAJÍCÍ OBĚTEM DOMÁCÍHO NÁSILÍ V ČESKÉ REPUBLICE ...</b>	<b>29</b>
<b>NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU .....</b>	<b>32</b>

<b>3. PROJEKT OVĚŘUJÍCÍ EFEKTIVITU KONKRÉTNÍHO PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROGRAMU .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 DESIGN VÝZKUMNÉHO PROJEKTU .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2 CÍLE VÝZKUMU.....</b>	<b>34</b>
3.2.1 <i>Výzkumné otázky</i> .....	34
3.2.2 <i>Hypotézy</i> .....	34
<b>3.3 NÁVRH SPECIFICKÉHO PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROGRAMU .....</b>	<b>35</b>
<b>3.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....</b>	<b>36</b>
<b>3.5 VÝZKUMNÉ METODY .....</b>	<b>37</b>
<b>3.6 ZPŮSOB SBĚRU DAT A ZPRACOVÁNÍ DAT.....</b>	<b>38</b>
<b>3.7 ETIKA NAVRHOVANÉHO VÝZKUMU.....</b>	<b>40</b>
<b>4. DISKUSE.....</b>	<b>41</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>43</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>44</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>50</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>51</b>
<b>PŘÍLOHA 1.....</b>	<b>I</b>
<b>PŘÍLOHA 2.....</b>	<b>III</b>

## Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma, které se nazývá Možnosti terapeutické a poradenské práce s ženami jako oběťmi domácího násilí. Toto téma jsem si vybrala kvůli mému dlouhodobému zájmu o partnerské vztahy, kde se tento fenomén může objevit.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat jednotlivé přístupy a psychologické aspekty v terapeutické a poradenské práci s ženami jako oběťmi domácího násilí. Dále pak navrhnout výzkum, který by ověřil efektivitu konkrétního psychoterapeutického programu u žen, které se staly oběťmi domácího násilí. Tento program by se měl zaměřit na snížení symptomů, které se objevují u obětí domácího násilí. Konkrétní otázka tedy zní: Jak se změní symptomy posttraumatické stresové poruchy (PTSD), deprese, pocitů viny a nízké sebevědomí po absolvování konkrétního psychoterapeutického programu?

Domácí násilí je fenomén, který je stále částečně stigmatizován. Je tedy třeba, aby probíhala neustálá osvěta o tomto tématu. Domácí násilí se ve společnosti vyskytuje v různých podobách. Proto se tato práce zaměřuje ve své první části na základní vymezení tohoto jevu. Popsání jeho znaků, forem a popis samotného cyklu domácího násilí. Zmíněny jsou i důsledky domácího násilí a to jak fyzické, tak psychické. Ne vždy jsou totiž dopady domácího násilí na oběti patrné a je žádoucí si uvědomit, že důsledky mohou být i psychického rázu, tutíž na první pohled neznatelné. Je zde vymezena PTSD jako jedno z velkých ohrožení obětí domácího násilí. Tato porucha může být častým následkem dlouhodobého přetížení ohrožené osoby. Vzniká jako projev nezpracované traumatické zkušenosti. Je důležité, aby v takovém případě žena vyhledala odbornou pomoc. Možnosti léčby jsou však různé, proto se ve druhé kapitole této práce věnuji vybraným terapiím, které se prokázaly jako úspěšné. Popsány jsou i základní přístupy v práci a komunikaci s ohroženou osobou a je vysvětlen proces odpoutávání se od násilného partnera, který je nezbytný v pochopení jednání samotné oběti. Nastíněna je i nabídka služeb organizací, které se věnují pomoci obětem domácího násilí v České republice.

Ve druhé části bakalářské práce je představen návrh šetření, které má kvantitativní charakter. Věnuje se transformaci symptomů PTSD, deprese, pocitů viny a nízkému sebevědomí. Tato změna má být výsledkem konkrétního psychoterapeutického programu, který je určen pro oběti domácího násilí již mimo násilný vztah.

Čerpáno je výlučně z odborné literatury, a to zejména z odborných zahraničních článků. Veškeré překlady zahraniční literatury jsou mé vlastní. V práci je citováno podle normy APA (2010).



# Literárně přehledová část

## 1. Teoretická východiska domácího násilí

### 1.1 Charakteristika domácího násilí

#### 1.1.1 Definice

Vymezení domácího násilí je velmi obtížné. Existuje hned několik definic, které se objevují v odborné literatuře.

Dle Úlehové (2009) je domácí násilí „fyzické, psychické, sexuální či ekonomické násilí mezi blízkými osobami žijícími společně v jedné domácnosti. Domácí násilí zahrnuje všechny formy fyzického, psychického, sexuálního a ekonomického násilí, pro které je charakteristické opakování, dlouhodobost a zvyšující se tendence jednotlivých incidentů.“

V definicích se vždy objevuje faktor intimního vztahu mezi násilnou a ohroženou osobou. Domácí násilí však nemusí znamenat pouze násilí mezi partnery, může jít také o mezigenerační konflikty. V každém případě je u ohrožených osob vyšší riziko silnější a intenzivnější reakce na násilí, než je tomu v případech, kdy násilí páchá naprosto cizí osoba. Mohou tedy vzniknout závažnější psychické dopady (Temple, Weston, Rodriguez, & Marshall, 2007).

#### 1.1.2 Znaky domácího násilí

Ne každý konflikt v rodině musí znamenat domácí násilí. Abychom mohli jednoznačně identifikovat, že se jedná o domácí násilí, musí být naplněny všechny čtyři definiční znaky (Šedivá, Ševčík, Štěřbová, Vedra, & Vitoušová, 2007). Pokud nějaký ze znaků není přítomen, uvažuje se o jiném problému, pro který by měla rodina najít řešení. Často se však stává, že je tento atribut brzy doplněn a domácí násilí propukne v plné šíři (Ševčík & Špatenková, 2011). Definiční znaky jsou v literatuře popisovány podobně (Čírtková, 2007b):

- výskyt incidentů mezi blízkými osobami,
- trvalá a neměnná diferenciací rolí na osobu ohroženou (oběť) a násilnou (pachatel),
- opakování a dlouhodobost,
- eskalace – od urážek a psychického násilí až k fyzickému násilí, které může ohrožovat zdraví a život.

### 1.1.3 *Formy domácího násilí*

Z hlediska forem domácího násilí vymezujeme hned několik druhů. Úlehová (2009) je dělí na násilí fyzické, psychické, sexuální, sociální izolaci, ekonomickou kontrolu a pronásledování.

**Fyzické násilí** znamená bití, facky, rány pěstí, ohrožování zbraní nebo jiné fyzické útoky. Je namířeno proti ohrožené osobě nebo proti jejím blízkým osobám, případně i vůči domácímu mazlíčkovi, oblíbeným věcem a dalším pro ohroženou osobu významným objektům.

Bylo zjištěno, že pokud u oběti přetrvává fyzické zranění během léčby, predikuje to její nižší úspěšnost vzhledem k měřeným příznakům posttraumatické stresové poruchy (Hembre, Street, Riggs, & Foa, 2004).

**Psychické násilí** obsahuje nadávky, ponižování, zesměšňování, vyhrožování násilím, odepírání spánku a jiných potřeb. Zahrnuje citové vydírání a zákazy omezující svobodné rozhodování.

Součástí může být také **sexuální násilí**, které může mít podoby znásilnění, nucení k sexu a dalším sexuálním praktikám, které ohrožená osoba odmítá, a to zejména násilím nebo jinými výhrůzkami spolu s ponižujícími komentáři ke vzhledu partnera.

Co se týče sexuálního násilí na ženách, byl nalezen důkaz, že pokud se těchto útoků dopouští současný partner, vede to u obětí k silnějším projevům PTSD a vyššímu stresu ve srovnání s násilím, které je vedeno od partnera minulého, nebo od zcela neznámého člověka. To znamená, že pokud je oběť týrána aktuálně blízkou osobou, je to pro ni specificky traumatizující (Temple et al., 2007).

**Sociální izolace** je dalším z možných forem domácího násilí. Násilný partner může omezovat ohroženou osobu v návštěvách přátel a příbuzných, sleduje hovory oběti, pronásleduje a realizuje nečekané „kontrolní“ návštěvy nebo telefonáty. Násilný partner tím udržuje neustálý dohled nad obětí (Voňková & Macháčková, 2003a).

**Ekonomická kontrola** spočívá v omezování přístupu ohrožené osoby k financím, neposkytování peněz na domácnost. Může vést až ke snaze zakázat ohrožené osobě chodit do zaměstnání.

**Pronásledování** neboli stalking znamená dlouhodobé opakující se a stupňující se sledování oběti. Pronásledovatel tím zasahuje oběti do jejího osobního života i do okruhu jejích nejbližších. Může mít mnoho forem, například neustálé telefonování, posílání sms, stání před domem, školou, pracovištěm, vyhrožování, vydírání. Často to bývá tzv. ex-partner stalking, což znamená, že mu předcházela vztah, ze kterého oběť odešla a je nyní terčem stalkingu

(Úlehová, 2009). O ex-partner stalking se jedná asi v 50 % všech případů. Projevuje se zde typická úzkostná vazba na oběť. Pachatel domácího násilí bez ní není schopen žít (Čírtková, 2008).

#### *1.1.4 Cyklus domácího násilí*

Walkerová (1979) popsala typický vzorec domácího násilí, které se sice často může zdát nepředvídatelné, avšak většinou se v něm skrývá několik typických fází. Walkerová definovala 4 fáze se specifickou délkou trvání. Jednotlivé fáze se pak vyznačují i charakteristickým chováním násilné osoby i oběti. Zpočátku se ve větší míře objevuje forma psychického násilí, postupně se však transformuje do fyzického.

Fáze vytváření napětí je období, ve kterém začíná být komunikace mezi partnery problémová. Tato fáze předchází fázi týrání. Osoba pachatele je podrážděná, impulzivní, žárlivá, projevuje se hlavně pasivní agresí a kritikou vůči ohrožené osobě. Ohrožená osoba naopak začíná pociťovat strach a snaží se zamezit výbuchům pachatele tím, že mu ve všem vyhoví. Obviňuje se, že násilníka vyprovokovala. Fáze násilí, která navazuje, se vyznačuje aktivním násilím. Dochází k incidentům mezi oběma osobami. Násilník zastrašuje a získává převahu, zatímco oběť prožívá strach, úzkost a zoufalství. Fáze usmíření, jinak nazývaná jako fáze líbánek, je fáze, kde si pachatel uvědomí následky svých činů a propuká u něj obava o ztrátu ohrožené osoby. Začíná se omlouvat, kupovat dárky, slibovat, že se nic takového už nestane. Ohrožená osoba tak často podlehne tlaku a uvěří násilníkovi. Fáze usmíření je charakterizována klidem. V tomto úseku cyklu se neodehrávají žádné výrazné konflikty. Problémy se ovšem kumulují a později z nich opět vzniká stadium napětí a cyklus se tak uzavírá. Dokud není cyklus přerušen zásadní změnou nastavení vztahu, opakuje se mnohdy i několik let (Walker, 1979).

## **1.2 Dopady domácího násilí**

### *1.2.1 Fyzické následky domácího násilí*

Z důvodu fyzického násilí, které je na obětech páčáno, vzniká fyzická újma na zdraví. Může jít o lehká zranění, ale i těžká ublížení na zdraví, případně až smrt. Následky tak mohou být různé, od modřin, odřenin až po zlomeniny, otřesy mozku a vážná zranění, kdy je nutná hospitalizace v nemocnici (Úlehová, 2009).

### *1.2.2 Psychické následky domácího násilí*

Násilí nezanechává pouze fyzické následky, ale také ty psychické. Ty jsou na první pohled málo znatelné, proto je často oběť, ani její okolí neřeší. Jedním z nich může být naučená bezmocnost. Jedná se o rezignaci na jakýkoli pozitivní závěr jako konsekvence opakovaných neúspěšných pokusů odejít z domu, nebo vyhledat pomoc. Ohrožená osoba získává přesvědčení, že žádná z jejích reakcí nebude mít příznivý konec a propadá pocitům bezmocnosti a beznaděje (Ševčík & Špatenková, 2011).

Domácí násilí má specifický vliv na oběť. Viktimizace oběti v podobě domácího násilí vytváří určitý soubor reakcí a to jak mentálních, tak behaviorálních. Je to například trvalý vztah k násilnému partnerovi, setrvávání v násilném vztahu, zatajování zranění a jejich příčin a popírání samotné viktimizace (Čírtková, 2008). Tyto typické reakce nazýváme souhrnně syndrom týrané ženy, který byl vytvořen americkou psycholožkou Lenore Walker. Ta vedla rozhovory s 1500 ženami, na kterých popsala podobné vzorce domácího násilí. Od roku 1992 se tento syndrom často užívá jako forma PTSD. Není však jistým důsledkem domácího násilí. Je závislý na typu/vzorci domácího násilí, typu previktimní osobnosti a reakci sociálního okolí (Úlehová, 2009). Typickým znakem tohoto syndromu je změna v emocionálních reakcích, kde se projevují například pocity studu, viny, strachu, blokování vlastních negativních emocí. Dalším z příznaků je změna v postojích ke své vlastní osobě a dalším lidem. Fakt, že oběť týrá blízký člověk, u ní vytváří ambivalentní vazbu k této osobě. Střídání fází násilí a fází, kdy je partner slušný a milý, je pro oběť nepochopitelný cyklus, pro něj si pak vytváří vlastní logické vysvětlení, které ústí v sebezníčující postoje, tendence a reakce (Čírtková, 2008).

Stejně tak jako syndrom týrané ženy i Stockholmský syndrom není automatickým následkem domácího násilí. Tímto syndromem rozumíme tendenci ohrožených osob setrávat v násilném vztahu, omlouvat partnerovo chování a bagatelizovat jeho násilí (Úlehová, 2009). Dle Voňkové (2003b) jde o vytvoření jistého emočního vztahu mezi násilníkem a obětí a identifikaci oběti s jednáním násilníka. Uvádí také, že je nutná existence čtyř podmínek, aby se Stockholmský syndrom mohl rozvinout: život oběti je v ohrožení; oběť je přesvědčena, že z aktuální situace není úniku; oběť je izolována od dalších lidí; oběť pociťuje jistou přechodnou náklonnost k agresorovi.

Oběti také zažívají neustálý strach. Ten může pramenit nejen ze samotného násilí, které je na nich pácháno, ale také z postoje společnosti. Mají obavy, co si o nich budou myslet přátelé a známí. S pocitem strachu se navíc pojí i pocit viny. Oběti se obviňují, že nejsou schopné proti

násilí nic podniknout. Domnívají se, že ony jsou vinny, oni mohou za tuto situaci, za to, že se k nim partner chová násilným způsobem (Buskotte, 2008).

#### ❖ *Posttraumatická stresová porucha*

Jedním z dopadů domácího násilí jsou různé symptomy posttraumatické stresové poruchy. Tato porucha vzniká jako dlouhodobá reakce na traumatizující zážitek, který neodpovídá standardnímu očekávání. Je projevem nezpracované traumatické zkušenosti. Samotný průběh poruchy závisí na podnětu, ale také na odolnosti osobnosti, reakci okolí, které by mělo ideálně fungovat jako zdroj sociální opory. Klíčové období, kdy se porucha může rozvinout, je do prvních tří měsíců. Může však propuknout i do šesti měsíců po události. Pokud by byl nemocný vystaven další stresové události, mohou se symptomy opakovaně vynořovat a porucha tak může trvat i několik let. V populaci se objevuje u 1 – 4 % lidí, u týraných žen se objevuje asi ve 45 % případů (Vágnerová, 2008).

V emoční rovině se může projevit úzkostí, zvýšenou přecitlivělostí, nepřiměřenými reakcemi. Tyto symptomy mohou být reakcí na situaci, která nápadně připomíná traumatickou událost. Typické je také znovuprožívání traumatické události – tzv. flashbacky (Ševčík & Špatenková, 2011). Dojít může až k citové otupělosti a vyhaslosti. V kognitivních funkcích se PTSD projevuje například vytěsněním nepříjemných zážitků, nebo naopak opakovanému vyvolávání vzpomínek na trauma do vědomí. Může rovněž převažovat negativní hodnocení své osoby, což zahrnuje i snížení vlastního sebevědomí a sebeúcty. Osoby ohrožené PTSD mají podobně často tendenci se izolovat, nechodí do společnosti, vyhýbají se kontaktu s ostatními lidmi (Vágnerová, 2008). Mohou se u nich objevit tělesné příznaky jako poruchy spánku, pocity únavy, třes, pocení, hyperventilace (Ševčík & Špatenková, 2011). Typická je i změna jejich vztahu k okolí i k sobě samému. Trpí pocity prázdnoty, beznaděje a pocity viny z traumatických událostí (Vágnerová, 2008).

Studie, kterou provedl Saunders (1994), naznačuje, že velká část žen, které zažily násilí ve vztahu, trpí nějakými příznaky PTSD. Mohou se objevovat v podobě nočních můr, rušivých vzpomínek, špatné koncentrace nebo nadměrného nabuzení. Většina žen také přiznává, že „se stydí za to, že jsou naživu“.

I jiné výzkumy ukázaly, že vysoký počet týraných žen (31 – 84 %) zažívá symptomy PTSD a jiné další krátkodobé či dlouhodobé negativní důsledky na duševním zdraví. Objevuje se také korelace mezi sebevražednými sklony a domácím násilím. Proto je opravdu žádoucí zaměřit se na pomoc obětem domácího násilí (Jones, Hughes, & Unterstaller, 2001).

PTSD lze léčit psychoterapií, popřípadě kombinovaně s nasazenou farmakologickou léčbou. Farmakoterapie se zaměřuje na redukci akutních příznaků jako jsou poruchy spánku a úzkosti. U psychoterapie je základním cílem pomoci klientovi zpracovat traumatickou událost/události a tím dosáhnout stabilního klienta, který integroval trauma do své minulosti (Vágnerová, 2008).

### *1.2.3 Modely reakcí žen jako obětí domácího násilí*

Ženy se v takových situacích snaží vymýšlet různé strategie, které mají pomoci bránit se proti partnerovu násilí. Snaží se být dokonalými manželkami – podřizují se všem přáním partnera, neodmlouvají, poslouchají, co jim partner říká a plní jeho požadavky bez zaváhání. Tento model však většinou nefunguje a násilný partner si vždy najde situaci, se kterou je nespokojen, a za co může ženu začít opět týrat. Pokud žena nakonec najde odvalu někomu o svém trápení říct, setkává se často s radami o tom, že by měla partnera okamžitě opustit a nenechat si takové chování líbit. Ženu to ale pouze utvrzuje v jejím postoji, že chyba není na straně partnera, ale na té její, protože partnera nedokáže opustit (Buskotte, 2008).

V případech, kdy partner není tak brutální, využívají ženy strategii popírání a bagatelizování. Tvrdí, že násilí není tak surové, že to partner nemyslí špatně, jen je unavený. Snaží se okolí přesvědčit, že si partnerovo chování zaslouží, nebo že by jeho chování mohlo být i horší. Tímto způsobem se snaží svoji situaci nějak „normalizovat“ a brání se tak proti pocitům viny, strachu a pochybnostem o volbě partnera i dalších rozhodnutích (Buskotte, 2008).

## **2. Možnosti terapeutické a poradenské práce**

### **2.1 Práce s ženami jako oběťmi domácího násilí**

#### *2.1.1 Proces odpoutání se od násilného vztahu*

Landenburgerová (in Marvánová-Vargová, Pokorná, & Toufarová, 2008) studovala proces odpoutání se oběti domácího násilí od násilného partnera a vytyčila rozhodující faktory, které ženu v rozhodnutí odejít podporují, nebo naopak odrazují. Podle ní se žena ocitá paralelně žijící ve dvou realitách, které jsou na sebe navzájem konfliktní. Součástí jedné z těchto realit jsou pozitivní faktory vztahu s násilným partnerem. Tato realita je pouze iluzí, avšak je silně akcelerována a podporována násilným partnerem. Může být živena i dalšími důležitými osobami v životě oběti, které se jí mnohdy snaží přesvědčit, že je podstatné vybrat si ze vztahu to dobré a na zlé zapomínat ve prospěch udržení rodiny. Druhou z realit je ta, která zahrnuje všechny aspekty týrání. Tato realita je skutečná, ale žena ji není schopna vidět, protože je silně ovlivněna realitou první, kterou partner podporuje. V těchto konfliktních situacích se žena snaží najít smysl, ale tím ztrácí svou vlastní identitu. Cítí se bezmocná a přichází o motivaci i naději, že může k celé situaci najít sama řešení.

Žena se tak dle Landenburgerové (in Marvánová-Vargová, Pokorná, & Toufarová, 2008) nachází během násilného vztahu v několika fázích. Fáze na sebe navazují, ale mohou se také prolínat, nemají jasné hranice. První fází je fáze připoutání se. Ta obsahuje začáteční vývoj vztahu. Všechny varovné signály, které by žena měla vnímat, podceňuje. Snaží se pro partnera udělat vše, plní jeho požadavky a přání. Druhá fáze se nazývá snášení násilí. Žena již chování spíše trpí, ví, že do vztahu již hodně vložila. Snaží se upnout k těm kladným momentům vztahu a stále dokola se v nich utvrzuje. Násilí zvolna nabírá na intenzitě, žena má pocit, že ve vztahu dále nemůže pokračovat, zároveň má dojem, že ho nemůže ani ukončit. Cítí se „v pasti“. Další fází je fáze osvobození se od násilného vztahu. V této fázi už většina interakcí s partnerem zahrnuje týrání. V této fázi si žena začíná aktivně hledat pomoc, protože cítí, že dosavadní život ztratil smysl. V této fázi je také vysoké riziko sebevraždy, protože ženu napadají myšlenky, že by jí bylo lépe mrtvé, než dále snášet týrání. Poslední fází je fáze odpoutání se. Žena se snaží najít rovnováhu po odchodu od partnera. Začíná si opět budovat vlastní sebedůvěru a identitu. Pomoci ženě v situaci, kdy zažívá domácí násilí, vyžaduje především znalost těchto fází a správné zařazení příznaků, které žena vykazuje.

Pro oběť domácího násilí bývá odchod zpravidla velmi vysilující. Pouhým odchodem z domu však partnerovo týrání nemusí zcela vymizet, může se pouze transformovat do jiných podob, jako je například stalking (Marvánová-Vargová, Pokorná, & Toufarová, 2008).

### *2.1.2 Komunikace s osobami ohroženými domácím násilím*

Při práci s oběťmi domácího násilí musí pracovníci pomáhajících profesí dbát na navození příjemné atmosféry, navázání dobrého vztahu a vytvoření pocitu bezpečí u ohrožené osoby. Komunikace je klíčem ke všem těmto úkolům pracovníka. Je to jakýsi základ, který je třeba dobře ovládat. Vhodná komunikace pak předurčuje spolupráci oběti při řešení situace. V literatuře se objevují čtyři cíle, které se pracovníci snaží naplnit: navázání vztahu, identifikaci problému, podporu osoby ohrožené domácím násilím, řešení situace (Ševčík & Špatenková, 2011).

**Navázání kontaktu** je velmi důležité speciálně u těchto klientek. Oběti jsou často apatické, odmítají pomoc, popírají samotné násilí. Proto je důležitý vstřícný, empatický přístup plný pochopení a kladného přijetí.

**Identifikace problému** je snazší, pokud oběť vyhledala přímo specificky zaměřené pracoviště (intervenční centrum). Předpokládáme totiž, že ho vyhledala z nějakého důvodu – a to je domácí násilí.

Jiné je to v případě, že oběť přišla například do krizového centra. Zde je nutné se klientů přímo ptát na incidenci domácího násilí, protože klienti trpí studem a připisují svoje příznaky jiným příčinám. Je tedy důležité situaci správně zmapovat (Šedivá et al., 2007).

**Poskytování podpory** se týká především kladného reagování a vytvoření bezpečného prostoru, kde může oběť vyjádřit své pocity. Dále poskytnutí faktických informací o domácím násilí, jeho řešení a možnostech pomoci.

**Řešení situace** je u domácího násilí „běh na dlouhou trať“. Je však důležité oběť ubezpečit, že možnosti jsou široké. Cílem intervence je hlavně stabilizace ohrožené osoby, později pak přichází také možnost poradenství, podpůrných skupin a terapií.

Obecně při komunikaci s osobami ohroženými domácím násilím platí, že k oběti přistupujeme empaticky a trpělivě. Snažíme se ukázat osobní pocity – oceňujeme, že osoba dorazila a situaci se snaží řešit. Necháme ohroženou osobu také vyjadřovat vlastní pocity – například pláč, smutek. Do ničeho klienta nenutíme, pouze navrhuje možné alternativy řešení. Respektujeme jeho přání. Nijak nebagatelizujeme situaci, nikoho neobviňujeme, neslibujeme nesplnitelné (Úlehová, 2009).



## 2.2 Intervence v případech domácího násilí

### 2.2.1 Krizová intervence

Cílem krizové intervence je zajištění bezpečí oběti a odvrácení nebezpečí. Osoby pracující s oběťmi domácího násilí by měly především nasměrovat oběť do jednoho z intervenčních center, které pak zajišťují i další navazující služby. Kromě klasických metod využívaných v krizové intervenci se využívá také informování oběti o dostupných zdrojích pomoci, jako jsou například azylové domy pro oběti domácího násilí a krizová centra (Marvánová-Vargová et al., 2008). Krizová intervence se využívá hlavně ve fázi odpoutávání se oběti od násilné osoby. Tato intervence by měla především nastartovat navazující terapii s obětí (Ševčík & Špatenková, 2011). Ve většině případů je také značně omezená časem. Obvykle se tedy využívá obecně stanovený postup pro intervenci v krizi (Špatenková, 2011):

**Navázání kontaktu** spočívá především ve vytvoření dobrého vztahu s interventem, kterému oběť věří. Oběť se na někoho může spolehnout a svěřit se mu se svou situací.

**Okamžitá redukce ohrožení** zahrnuje reflexi psychického a fyzického zdraví ohrožené osoby. Zjišťujeme a zajišťujeme bezpečí i pro další osoby (obvykle děti). Získáváme informace o tom, kde se oběť nachází a v jakém stavu je. Poté i údaje o tom, kde se nachází násilný partner.

**Sběr informací** o historii domácího násilí by měl intervent věnovat zvýšenou pozornost. Z detailů několika posledních incidentů se dá později vyprojektovat tzv. bezpečnostní plán.

**Pochopení reakcí osoby ohrožené** spočívá hlavně v akceptaci jejích symptomů a emocí. Zdůraznění, že cokoli se děje, je jen klasická reakce na nenormální situaci.

Snaha o **redukci negativních emocí** a znovunastolení pocitu bezpečí je dalším úkolem intervenanta.

**Navrácení pocitu vědomé kontroly** je také cílem této intervence. Oběti pociťují silnou redukci sebevědomí a pocit neschopnosti. Úkolem je tedy postupné znovunastolení kompetence řešit situaci, podpora samostatnosti a iniciativy ohrožené osoby.

Intervent se snaží **aktivizovat zdroje** oběti jak vnější, tak vnitřní – aktivizace především sociální opory kolem oběti.

Konečné je pak sestavení plánu aktivit **směřujících ke změně**. To znamená opatrné postupné kroky oběti. Je velmi důležité, aby s těmito kroky přicházela především sama ohrožená osoba. Ne vždy je totiž oběť schopna se od násilného partnera odpoutat okamžitě. Často potřebuje ještě zvážit velké množství možností – výhody a nevýhody setrvání s partnerem. Proto musíme změnu podporovat velmi obezřetně v souladu s vůlí oběti.

**Vytvoření bezpečnostního plánu** dává ženě pocit bezpečí, moc a sílu, pokud se dále rozhodne žít s násilným partnerem v jedné domácnosti. Zahrnuje v sobě několik důležitých bodů a reakcí, které žena může využít, pokud by násilí znovu propuklo. Intervent či vyškolený poradce sestaví s ohroženou osobou několik scénářů, pro různé situace, které mohou nastat.

Měl by ohroženou ženu naučit, aby se při incidentu nenechala uzavřít v té části domu, kde nejsou okna, ani žádný možný východ. Měla by se také vyhnout místům, kde jsou umístěny možné zbraně, například kuchyň. Měla by znát důležitá telefonní čísla, jako jsou čísla na linku pro oběti domácího násilí, policii, regionální linku důvěry. Oběť by měla mít také naplánované únikové cesty, aby dokázala na útoky rychleji reagovat. Také by měla mít rozmyšleno, kam z bytu půjde a připravit si pohotovostní tašku, kde budou všechny důležité věci. Pokud jsou v rodině přítomny děti, měla by se žena co nejdříve do bytu vrátit v doprovodu policisty, aby si je vzala k sobě. Mohou být v nebezpečí napadení nebo věznění jako rukojmí. Proto by měly být děti také informovány, kde se mají v bytě schovat, zamknout, nebo jak utéci k sousedům (Čírtková, 2007a). Bez ohledu na to, jestli bude plán využit, či nikoli, měla by se s ním žena cítit bezpečněji (Špatenková, 2011).

### *2.2.2 Poradenství*

Poradenství pomáhá obětem najít ztracenou sebeúctu a podporuje je v jejich kompetentnosti. Oběti jsou často psychicky vyčerpaný, potřebují nalézt motivaci a získat podporu v rozhodování v těžkých situacích. Vhodným postupem v poradenství je na osobu zaměřený přístup (person-centered approach), který nabízí především bezpodmínečně kladné přijetí, empatii a aktivní naslouchání. Jsou to aspekty, kterých se jim v násilném vztahu zcela nedostávalo (Ševčík & Špatenková, 2011). Součástí poradenství je také sestavení bezpečnostního plánu a scénářů, které pomohou oběti v situaci, kdy bude opět ohrožena násilím (Špatenková, 2011). Poradenství může probíhat i anonymně. Hlavním cílem je zejména informování ženy o jejích možnostech řešení aktuální situace. Klíčové je, aby si ohrožená osoba sama uvědomila, které řešení je pro ni nejlepší, a rozhodla se podniknout určité kroky v souladu s tímto rozhodnutím (Buskotte, 2008).

Poradenství může mít také podobu edukace. Klientky se snaží naučit technikám na řešení životních problémů. To mohou být například domácí úkoly, které zahrnují vedení si diáře o denní problémech, které klientky zažívají. Zapisují si také řešení, které využily. Klientky jsou soustředěny na aktuální problémy, které řeší, a jsou přesměrovány na tuto oblast, pokud začínají jejich myšlenky opět zabíhat k násilí, které zažily. Tento druh kontaktu s profesionálem

může zmírnit pocity úzkosti a deprese, nesníží však symptomy PTSD (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991).

### 2.2.3 *Párová terapie*

Kromě individuální práce s jednotlivci (jak pachateli, tak oběťmi domácího násilí) se pracuje také prostřednictvím párové terapie. Cílem takové terapie je především zlepšení komunikace mezi partnery. Její využití v praxi je však předmětem neustálých diskuzí mezi odborníky. I přes výzkumy, které ukazují, že párová terapie může být efektivní a bezpečná (Stith, McCollum, Rosen, & Thomsen, 2004), se ozývají i odborníci, kteří varují před tímto typem terapie. Upozorňují na případy, kdy párová terapie není vhodná, tedy pokud: pachatel odmítá ukončit násilné chování; pachatel nechce převzít zodpovědnost za násilí, kterého se dopouští; pachatel bagatelizuje následky svého násilného chování; existuje reálné riziko opakování násilí; oběť se násilného partnera bojí; násilný partner pokračuje ve výhrůžkách; dochází k pronásledování oběti s cílem udržet si kontrolu a moc; jedna ze stran projevuje nezájem nebo nespokojenost s párovou terapií (Marvánová-Vargová et al., 2008).

Pokud se oběť rozhodne s násilníkem zůstat a podstoupit terapii společně, je možnost, že se jejich manželská spokojenost zvýší (Stith et al., 2004). Rizikem však zůstává udržení bezpečí pro oběť domácího násilí. Ta musí během sezení konfrontovat pachatele, a tak může po konzultaci docházet k „vyřizování účtů“. Násilný partner si může vybíjet svoji frustraci na oběti, a také ji trestat za informace, které sdílí na terapii. Proto se párová terapie doporučuje především v pozdější fázi léčby obou partnerů. Z analýz z roku 2005 vychází, že 68 % států má zakázáno využívat párovou terapii během první fáze péče o oběť domácího násilí (McCollum & Stith, 2008).

Párová terapie může mít i vedlejší pozitivní konsekvence. Výzkumy, které provedl Fals-Stewart, Kashdan, O'Farrell, & Birchler (2002), ukazují, že behaviorální párová terapie může být vhodná pro násilníky, kteří mají potíže s alkoholem nebo užíváním návykových látek. To podporují i další výzkumy. V podmínkách párových konzultací muži více abstinovali, naučili se efektivnější komunikační vzorce a celkově se zvýšila pozitivní interakce mezi oběma partnery (Stover, Meadows, & Kaufman, 2009).

Využít lze i multipárové terapie, kdy se schází více párů společně pod vedením několika terapeutů. Ukazuje se, že účastníci těchto multipárových sezení méně často recidivují. V tomto nastavení se objevuje poznatek zvýšení manželské spokojenosti, pokud se však jedná specificky o mírné až střední násilí páchané na ženě, což samozřejmě klade vysoké nároky na terapeuta, který by měl tuto hranici rozeznat. Naopak se snižuje agresivita a negativní postoj násilného

partnera směrem k oběti. Opět je však důležité soustředit se v první řadě na bezpečí samotných obětí (Stith et al., 2004).

#### 2.2.4 Psychoterapie kognitivně – behaviorální, EMDR

Oběť domácího násilí potřebuje nejen krátkodobou intervenci, ale také systematickou terapii, která by ji utvrdila v tom, že je schopna žít sama bez násilného partnera. Terapie jí také pomáhá po často dlouhotrvající traumatizaci (Ševčík & Špatenková, 2011). K vylepšení stávajícího stavu oběti je tak možné využít odbornou psychologickou pomoc pro odstranění negativních dopadů násilí (Šedivá et al., 2007).

Dle odborné literatury jsou nejefektivnější psychoterapeutické přístupy na redukci symptomů PTSD ty, které vycházejí z kognitivně – behaviorální terapie (cognitive behavioral therapy – CBT) a desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů (eye movement desensitization and reprocesing – EMDR) (Holcner, 2011). Cílem EMDR je podpořit zpracování traumatických vzpomínek podnětem, který je klientovi dán zvnějšku. Může to být například pohybování terapeutovými prsty před očima klienta. Někteří autoři však tvrdí, že EMDR není tak efektivní a měla by se využívat pouze v případech, kdy selže samotná kognitivně – behaviorální terapie (Zayfert & Becker, 2007).

Ironson a jeho kolegové testovali efektivitu EMDR. Jejich vzorek byl 22 účastníků, z nich 17 žen a 5 mužů. V prvních třech sezeních byli participanti testováni na symptomy PTSD, seznámeni s reakcemi na stres, byla s nimi prováděna dechová a relaxační cvičení. Následovala tři aktivní sezení, během nichž byli účastníci požádáni, aby si představili nejhorší okamžik traumatu a veškeré negativní myšlenky, emoce a tělesné pocity s tím spojené. Během desenzibilizační fáze pak měli účastníci sledovat pohyb prstů terapeuta (tím vytvářet oční pohyb tam a zpět), na konci sady rychlých očních pohybů se měli nadechnout a sdělit, co se jim vynořilo za myšlenky a pocity. Poté byli požádáni, aby vygenerovali alternativní pozitivní myšlenky. Nakonec došlo k ukotvení pozitivních myšlenek a emocí spojených s traumatem. Výzkum prokázal efektivitu EMDR v redukci symptomů PTSD a deprese. Během třech aktivních sezení byly signifikantně sníženy symptomy PTSD. Navíc tato léčba vykazuje menší úbytek participantů v průběhu terapie a také snížení úzkosti hned během prvního aktivního sezení (Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002).

I další studie podporují efektivitu EMDR. V jedné z nich bylo testováno 105 účastníků, kteří byli náhodně rozděleni do skupin. První skupina byla testována na EMDR, druhá na expozici a kognitivní restrukturalizaci (techniky CBT) a ve třetí skupině byli účastníci zařazeni pouze na čekací listinu. Účastníci podstoupili 10 individuálních sezení po 90 minutách

s kvalifikovanými psychoterapeuty. EMDR signifikantně snížilo jejich symptomy PTSD. Nebyl zde však žádný rozdíl v efektivitě terapie v porovnání s komponentami kognitivně – behaviorální terapie (Power et al., 2002).

U terapie kognitivně – behaviorální byla prokázána vyšší úspěšnost oproti samotnému poradenství v odstranění negativních symptomů. Johnson a Zlotnick se zaměřili na testování individuální, kognitivně – behaviorální léčby pro ženy, které zažily domácí násilí. Do studie bylo zařazeno 18 žen, které vykazovaly příznaky PTSD. Po dokončení terapie účastnice vykazovaly signifikantní snížení symptomů PTSD, depresivních symptomů a zlepšení sociálního zapojení se (Johnson & Zlotnick, 2006).

Existuje mnoho variant CBT, které snižují příznaky PTSD. Většina z nich však využívá alespoň jednu ze třech hlavních komponent: psychoedukaci, expozici, kognitivní restrukturalizaci. Psychoedukace zahrnuje informace o PTSD a samotné terapii. Expozice cílí na vyhýbání se traumatu a podpoření klienta v přístupu k obávaným podnětům v bezpečném prostředí. Kognitivní restrukturalizace učí klienty rozpoznat a následně modifikovat negativní myšlenky (Zayfert & Becker, 2007).

#### *2.2.5 Dlouhodobá expozice, kognitivní restrukturalizace*

Léčebný efekt symptomů PTSD prokázala i dlouhodobá expozice (prolonged exposure – PE), která je specifickou formou expozice, a kognitivní restrukturalizace (cognitive restructuring – CR), což je jedna z technik kognitivně – behaviorální terapie (Zayfert & Becker, 2007).

Během PE klient prochází dechovými cvičeními, edukací o reakcích na trauma a imaginativní expozicí. Imaginativní expozice obsahuje znovuvyvolávání traumatických událostí a vzpomínek do vědomí. Může to být například organizování myšlenek, vcítění se do emocí, které byly spojeny s traumatem. Mezi sezeními je podporována rovněž in vivo expozice spolu s poslechem audionahrávky samotného klienta na sezení, která vyvolává vzpomínky na trauma a pomáhá tak k lepšímu uzdravení. Expozice in vivo znamená postupné vystavování klienta specifickému strachu odehrávajícím se ale v bezpečném prostředí. Její účel je pomoci klientům objevit, že jejich vyhýbání se vzpomínkám na trauma je bezdůvodné (Foa, 2006).

PE má danou strukturu. Během prvního sezení je klient seznámen s programem terapie, je zmapována historie traumatu a započne i dechový trénink. Druhé sezení obsahuje diskuzi nad obvyklými reakcemi na trauma, je sestaven seznam situací, kterým se klient vyhýbá a je zadáno cvičení in vivo expozice. Následující sezení pak obsahují úvod do imaginativní

expozice, vedení pacienta skrz ní a diskuze nad myšlenkami a pocity, které jsou spojeny s traumatem. Klienti obvykle absolvují 10 – 15 sezení (Foa, 2006).

U expozice je však důležitou otázkou, kdy je na ni klientka již připravena. Tato terapie zahrnuje ohrožující vystavování se podnětům a emocím souvisejícím s traumatem, proto je třeba zjistit, jestli je klientka připravena tuto terapii podstoupit. Musí se cítit v bezpečí a být schopná a ochotná tuto techniku využít (Zayfert & Becker, 2007).

Kognitivní restrukturalizace spočívá v odhalení dysfunkčních myšlenek a myšlenkových chyb, následném vyvolávání racionálních alternativních myšlenek a přemýšlení o sobě, traumatu a světu kolem. Zpočátku se klientkám pomáhá, aby správně identifikovaly negativní automatické myšlenky a sledovaly je v každodenním životě. V pozdějších stádiích terapie se pak klientky snaží zhodnotit a upravit zkreslené přesvědčení o traumatu, sobě, světě a budoucnosti (Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher, 1998).

Z výzkumů vyplývá, že klientkám, které byly léčeny jak pomocí PE, tak CR, se signifikantně snížily příznaky PTSD a depresivních symptomů, navíc se zvýšilo jejich pracovní a sociální fungování (Foa et al., 2005). Nebylo však prokázáno, že by přidání CR k PE mělo významný efekt. Rozhodující léčebnou metodou tak v tomto výzkumu byla PE. Pouhé přidání CR výrazně nezvýšilo kognitivní změny u klientek, což bylo podpořeno i dalšími výzkumy (Foa & Rauch, 2004). I jiní autoři podporují hypotézu, že jak PE, tak CR jsou samostatně efektivní léčbou. Výsledky ukazují, že kombinovaně však nepřináší násobné zlepšení stavu klienta (Marks et al., 1998). Co se týče porovnání těchto terapií s EMDR, expozice ani CR nejsou významně efektivnější terapií (Power et al., 2002).

CR je testováno i u jiných pacientů, nejen u obětí domácího násilí. V jednom z výzkumů byla prováděna u pacientů, kteří se léčili s různými druhy psychických onemocnění (schizofrenie, hraniční porucha osobnosti) a vykazovali symptomy PTSD. Tito pacienti byli rozděleni do dvou skupin. První skupina podstoupila program, který zahrnoval pouze dechová cvičení a edukaci, druhá skupina pak podstoupila kognitivně – behaviorální terapii, která byla zaměřená speciálně na CR. Před vstupem do studie vykazovali všichni účastníci určitou úroveň symptomů PTSD, po skončení studie byla ve skupině zaměřené na CR pozorována signifikantní snížení symptomů PTSD oproti skupině s programem dechových cvičení a edukace (Mueser et al., 2015). Využití CR při terapii je tak komplexní pro širokou škálu klientů, kteří trpí příznaky PTSD.

S rozvojem nových technologií se výzkumníci zaměřili na efektivitu terapie prováděnou skrz internet, pomocí videohovoru. Tato terapie by měla být určena klientkám, které kvůli

špatné dostupnosti nemohou navštěvovat terapeuta/psychologa osobně v takové frekvenci, jaká by byla žádoucí. Testováno bylo 21 žen, všechny zažily jednu z forem domácího násilí. Sledované proměnné byly symptomy PTSD a deprese. Terapie byla vedena skrz počítač, tzv. videokonferencí. Jedinou podmínkou pro zapojení se do léčby bylo připojení na internet. Sezení trvala mezi 60 a 90 minutami. Psychologové využívali PE a kognitivně procesivní terapii (ta se zaměřuje především na CR). I v tomto případě byly signifikantně sníženy jak symptomy PTSD, tak deprese. Snížení těchto symptomů bylo srovnatelné s dříve provedenými výzkumy, kde byla léčba vedena tváří v tvář. Tento výzkum tak dává výraznou podporu využití internetu při terapii založené na videokonferenci. Ta je tak dostupná i klientkám, které jsou mimo dosah hlavních center, která se zabývají pomocí obětí domácího násilí (Gray et al., 2015).

#### 2.2.6 *Trénink inokulace stresu*

Trénink inokulace stresu (stress inoculation training – SIT) je jedním z typů kognitivně – behaviorální terapie, který se využívá v léčbě příznaků PTSD. Metoda zahrnuje učení se dovednostem na zvládání různých stresových situací, relaxační svalová cvičení, kontrolované dýchání, naučení se zastavit ruminační a obsedantní myšlenky a role-playing. V krátkodobém horizontu je tato technika nejužitečnější od symptomů PTSD (Foa et al., 1991). Po skončení terapie by měla klientka zvládat větší stresovou zátěž a mít vyšší toleranci k pocitům úzkosti (Zayfert & Becker, 2007). SIT se uvádí jako jedna ze základních efektivních terapií v léčbě PTSD (Lancaster, Teeters, Gros, & Back, 2016).

SIT se skládá z 3 fází: koncepčně vzdělávací fáze, fáze získávání dovedností, fáze aplikace. Hlavním cílem je rozšíření klientčinych copingových dovedností a také podpoření sebedůvěry ve využívání těchto dovedností ve stresových situacích. V první fázi je důležité ustanovit dobrý vztah mezi klientkou a terapeutem (trenérem). Tento vztah poté napomáhá klientce odhodlat se vystavení stresorům. Druhá fáze se soustředí na získání a konsolidaci samotných dovedností. Třetí pak zahrnuje aplikaci získaných poznatků. Využívá se například modelování, hraní rolí nebo imaginace. Jako prevence se využívá edukace klientky, aby viděla všechny chyby jako příležitosti naučit se něco nového, spíše než jako další nepřekonatelný omyl. Délka intervence je velmi rozdílná. Nejvyužívanější je od 8 do 15 sezení (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988).

SIT byla testována proti PE, poradenství a čekací listině. Léčbu podstoupilo 45 obětí znásilnění. Probíhala v 90 minutových individuálních sezeních, které byly vedeny terapeutkou. SIT vykazovala vyšší zlepšení příznaků PTSD oproti poradenství a čekací listině. Nicméně PE měla nejlepší výsledky (Foa et al., 1991). SIT se objevuje jako efektivní také v léčbě celkového

duševního zdraví u žen, které se staly obětmi sexuálního napadení (Parcesepe, Martin, Pollock, & García-Moreno, 2015).

Výzkumníci neustále sledují přínos SIT i v dalších oblastech aplikace. Sheehy a Horan (2004) se soustředili na univerzitní studenty a jejich zvládání úzkosti a stresu. Těmito symptomy mohou trpět i oběti domácího násilí. Do léčby nastoupilo v tomto výzkumu 22 studentů (16 žen a 6 mužů). Byli rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny. Experimentální podstoupila léčbu, kontrolní skupina byla zařazena na čekací listinu a intervenci podstoupila s několikátýdenním odstupem. Obě skupiny byly testovány před i po intervenci. Využity byly dotazníky The State – Trait Anxiety Inventory, The Derogatis Stress Profile, The Irrational Beliefs Test a The Symptoms of Stress Inventory. Terapie probíhala ve čtyřech individuálních sezeních po 90 minutách. První fáze se soustředila na stres, stresory, úzkost, reakce na stres. Druhá fáze zahrnovala především relaxační techniky specificky související s uvolněním od úzkosti a stresu. Třetí fáze pak obsahovala nácviky a hraní rolí. Experimentální skupina vykazovala signifikantní snížení hladiny stresu. Vliv pohlaví účastníka nebyl signifikantní.

#### *2.2.7 Kognitivně procesivní terapie*

Dalším z typů terapie může být kognitivně procesivní terapie (cognitive processing therapy – CPT), která se ukázala jako kvalitní nástroj pro snížení symptomů PTSD. CPT je specifický typ kognitivně – behaviorální terapie. Cílem je změnit postoje a přesvědčení oběti, které se týkají traumatu. Zároveň zmírňuje příznaky deprese, úzkosti, pocity viny a studu. Původně však byla navržena pro oběti specificky sexuálních útoků (Resick et al., 2008). Terapeutova práce spočívá v pomoci klientce integrovat trauma do své osobnosti a transformovat nepravdivá schémata, která si žena uchovává. Například to, že se špatné věci dějí pouze jí (Resnick & Schnicke, 1993).

CPT probíhá obvykle ve 12 sezeních. První se věnuje edukaci o PTSD, představení samotné léčby a sepsání tvrzení, které popisuje význam traumatu pro klientku. Ve druhém sezení se tvrzení diskutuje a jsou klientce naznačeny vztahy mezi událostmi, myšlenkami a emocemi. Třetí sezení je zakončeno zadáním domácího úkolu, sepsáním všech detailů traumatu, včetně myšlenek a emocí. Klientky jsou podporovány, aby se během sepsování snažily pociťovat co nejvíce emocí a myšlenek s traumatem spojených. Tato zpráva je pak terapeutovi čtena na čtvrtém sezení. Tím je započata kognitivní terapie, která se týká viny a dalších deformací, které má žena s traumatem spojené. Během pátého sezení je opět psána zpráva o traumatu. Klientka je tak nucena přemýšlet o traumatu a přeformulovávat své postoje a význam, který traumatu přikládá. Klientky jsou vedeny ke kladení otázek na sebe samé.



Od sedmého sezení užívají klientky lístky, které obsahují dřívější postoje a jsou žádány, aby vymýšlely alternativy. Mezi sezeními 7 – 12 jsou klientky požádány, aby se každý týden zaměřily na jedno z témat: bezpečnost, důvěra, kontrola moci, úcta a intimita. Poté mají nahradit všechna mylná přesvědčení o těchto tématech. Na jedenáctém sezení jsou opět požádány, aby napsaly tvrzení, které popisuje význam traumatu. To má za cíl zmapovat klientčiny aktuální názory a přesvědčení o traumatu. V závěrečném sezení se pak zhodnocuje efektivita léčby a zjišťují se její hlavní přínosy. Je zde možnost dalšího pokračování v terapii (Resnick & Schnicke, 1993). Právě plnění domácích úkolů se prokázalo jako klíčové pro změnu negativních symptomů. Nebyl však zatím zkoumán vztah mezi efektivitou léčby a kvalitou splněných domácích úkolů (Stirman et al., 2018).

Resnick porovnávala efektivitu CPT s PE. Testování nakonec dokončilo 121 ženy, ty byly v minulosti týrány a splňovaly kritéria přítomných symptomů PTSD. Účastnice byly náhodně rozděleny do tří skupin. Čtyřicet jedna z nich bylo zařazeno ve skupině CPT, 40 ve skupině léčené PE a 40 zůstalo na čekací listině. Úbytek participantek byl u obou experimentálních skupin podobný – 26,8 % a 27,3 %. Léčebné skupiny byly dokončeny během šesti týdnů. Participantky z čekací listiny byly po šesti týdnech náhodně rozřazeny do PE nebo CPT, aby jim byla poskytnuta léčba. PE probíhala 2x týdně na 90 minut s celkovým počtem 13 hodin terapie. CPT je sice běžně vedena na 12 hodin, ale kvůli srovnání s PE, byla jedna hodina přidána. Výzkum prokázal, že jak CPT, tak PE jsou velmi efektivními terapiemi v léčbě PTSD a dokonce i depresivních symptomů. CPT však vykázala lepší výsledky ve zlepšení pocitů viny u účastnic (Resnick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002).

I další výzkumy se soustředily na léčbu PTSD a deprese. Iverson a její tým zkoumal, zda je možné z domácího násilí, které žena zažívá, predikovat účast ženy v léčbě a její výsledky. Využili k tomu také kognitivně procesivní terapii. Bylo zjištěno, že ženy, které zažily v posledních několika letech domácí násilí se méně pravděpodobně zapojí do léčby. V případě, že se ale ženy do terapie zapojí, vykazují prokazatelné zlepšení příznaků. Ženy, které léčbu nezačnou, mohou zažívat větší pocit viny. Výsledky také podpořily hypotézu o tom, že ženy, které zažily větší frekvenci domácího násilí, dosáhly větších progresů v léčbě. Měli bychom tedy soustředit pozornost na to, aby ženy terapii začaly (především ty, které zažily týrání v posledních několika letech), protože když už terapii začnou, bývá pro ně poměrně rychlou úlevou od příznaků PTSD a deprese (Iverson, Resick, Suvak, Walling, & Taft, 2011).

Problém efektivitě léčby souvisí také s tématem předčasného ukončení terapie. Ukázalo se, že při CPT je nižší inteligence a nižší vzdělání asociováno s častějším předčasným

ukončením terapie. Dalším faktorem pak byl nízký věk ženy, který predikoval celkové lepší výsledky v CPT (Rizvi, Vogt, & Resick, 2009).

#### 2.2.8 *Dialektická behaviorální terapie*

Dialektická behaviorální terapie (dialectical behavioral therapy – DBT) byla používána pro léčbu různých chronických emočních dysregulací. Testováni byli například adolescenti se sebevražednými sklony a znaky hraniční poruchy v Německu. DBT prokázala signifikantní snížení suicidálního chování (Fleischhaker et al., 2011). Terapie však byla modifikována i pro oběti domácího násilí. Základními funkcemi této terapie je zvýšení klientčinych dovedností a schopností, jako je regulace emocí, stresová tolerance, efektivita v mezilidské komunikaci; zobecnění těchto dovedností v každodenním životě; zvýšení motivace klientek využívat tyto techniky a omezit předchozí problematické chování a úzkost; zajištění, že rodinné a sociální prostředí nebrání léčbě a ideálně jí napomáhá; zajištění, že terapeuti budou mít lepší schopnosti a vyšší motivaci poskytnout tuto léčbu efektivně. Využívá se k tomu několik sad strategií přijetí a strategií změny. Tato zhuštěná kognitivně behaviorální terapie se ukázala účinná v péči o oběti domácího násilí (Robins & Chapman, 2004).

Na rozdíl od jiných výzkumů, které se soustředí na testování efektivity určité terapie pro léčbu PTSD, byl tento veden skupinovým formátem, ne individuálním. Hlavním důvodem byly především časová náročnost a celková finanční zátěž, které by individuální terapie přinesla. Program trval 12 týdnů a dokončilo ho 31 žen. Přítomni byli vždy dva terapeuti a samotné sezení probíhalo dvě hodiny. Podmínkou výběru do studie bylo prožití domácího násilí kdykoli během klientčina života. Po ukončení vykazovala skupina žen signifikantní zlepšení. Depresivní symptomy se snížily, stejně tak pocity beznaděje. Tato terapie také prokazatelně snížila míru sebevražedných sklonů u obětí a zlepšila jejich sociální přizpůsobení (Iverson, Shenk, & Fruzzetti, 2009).

#### 2.2.9 *Terapie traumatu*

Terapie traumatu má v léčbě PTSD svoje důležité postavení. Probíhá ve třech fázích. První z nich je fáze stabilizace, která je zřejmě nejdůležitější. Probíhá navození dobré atmosféry mezi terapeutem a klientkou, budování vztahu mezi nimi, edukace o tématu traumatu a s ním souvisejícími koncepty, což má za cíl ohrožené osobě pomoci porozumět jejímu aktuálnímu chování a prožívání. Využívají se imaginační techniky, které mají zvýšit klientčinu kompetenci při zvládání vlastních emocí. Důležitost této fáze je tím vyšší, čím závažnější je traumatizace ohrožené osoby. Další fází je fáze konfrontace s traumatem. Aby tato část fáze

mohla nastat, je nutné, aby traumatizovaná osoba již cítila dostatek bezpečí a neexistují již žádné vazby na pachatele násilí. Součástí této fáze je rekonstrukce traumatických událostí formou nejrozličnějších expozic. Ty musí být zvoleny vždy tak, aby odpovídaly té úrovni, kterou je traumatizovaná osoba schopna aktuálně zvládnout. Trauma se emočně odděluje od míst, kterých se ohrožená osoba dříve obávala a považovala je za škodlivá a nebezpečná. Poslední fází je fáze integrace, která slouží ke konečnému srovnání se s pocity zlosti, bolesti, smutku a k integrování traumatické události do vlastní historie. Ohrožená osoba by měla získat nové hodnoty a životní postoje, které se pak odrážejí v jejím chování a prožívání (Reddemann, 2009).

Metaanalytická studie porovnávala sedm publikací s tématem kognitivně – behaviorální trauma terapie a EMDR. Publikace, které byly do studie zahrnuty, pocházely z roku 1989 – 2005 a musely splňovat několik kritérií. Byly to: využití EMDR dle standardního manuálu, diagnostika PTSD, náhodné rozřazení do léčby, účastníci dosahovali alespoň 18 let. Originální studie vykazovala buď průměrné nebo procentuální zlepšení, statistické proměnné, ze kterých lze vypočítat velikost efektu, využití alespoň jednoho validního a reliabilního nástroje na měření PTSD. V porovnání obou terapií se velikost jejich efektu pro symptomy PTSD v populaci signifikantně nelišila od nuly. Výsledky nasvědčují, že nemůžeme rozhodnout o výrazné převaze jedné z terapií. Obě se projeví jako efektivní v léčbě PTSD (Seidler & Wagner, 2006).

Kubany a jeho spolupracovníci se zaměřili na léčbu PTSD skrze kognitivní trauma terapii pro týrané ženy (cognitive trauma therapy for battered women, CTT – BW). Testovali 125 žen, které měly dlouhodobý vztah (alespoň 6 let) s násilným partnerem. Ženy navštěvovaly dvakrát týdně individuální terapii na 90 minut. Během jednotlivých sezení se terapeuti zaměřovali na edukaci tématu PTSD, poskytli ženám základní informace o pocitech bezmocnosti, zadávali domácí úkoly, které se sestávaly z vizualizování (exposure) násilného partnera a sledování filmů o domácím násilí a poskytli instrukce k progresivnímu tréninku svalové relaxace. Klientky se také učily rozlišovat a přehodnocovat (cognitive restructuring) svoje postoje k provinění a odpovědnosti za násilí. Poslední část terapie byla věnována tématům rozpoznávání mezi asertivní a agresivní reakcí, rozpoznávání potenciálního násilníka a psychoedukaci o sebeobhajování svých práv, například práva na netolerování disrespektu. Ženy (87 %), které absolvovaly terapii, pak vykazovaly snížení deprese, viny, studu, a naopak zvýšení sebeúcty. Tato studie také podpořila teorii, že terapie pro ženy, které zažily domácí násilí, může být úspěšná i s terapeutem mužského pohlaví. Nespornou výhodou CTT-BW je také fakt, že nezávisí na vzdělání a etnické příslušnosti žen (Kubany et al., 2004). Tím podpořili

svoji studii, kterou provedli s 37 ženami, které zapojili do CTT-BW. I zde byla prokázána úspěšnost terapie, která nezávisela na etnické příslušnosti (Kubany, Hill, & Owens, 2003).

Na Kubanyho navázala další skupina výzkumníků, kteří se snažili replikovat jeho studii a ověřit tak efektivitu CTT-BW. Studie byla provedena na osmi ženách, testovány byly také na symptomy PTSD, deprese a snížené sebevědomí. Využity byly dotazníky Post-Traumatic Checklist, Beck Depression Inventory II a Rosenberg Self-Esteem scale. Terapie byla vedena stejným formátem jako ve studii Kubanyho. I zde výsledky podpořily hypotézu o efektivnosti této terapie. Byla zjištěna redukce příznaků PTSD, deprese a naopak zvýšení sebevědomí u žen, které léčbu dokončily (Beck et al., 2016).

#### *2.2.10 Svépomocné podpůrné skupiny*

Pokud je u ohrožené osoby již nastartován proces změny, je možnost využít svépomocné podpůrné skupiny. Osoba tak může sledovat jiné způsoby adaptace na tuto situaci u jiných lidí, kteří se potýkají s podobnými problémy (Ševčík & Špatenková, 2011). Mluvit o tématech, které ohrožená osoba přímo zažívala, jí může pomoci porozumět, že to, co se jí v minulosti dělo, nebyla její chyba (Holcner, 2011).

### **2.3 Organizace pomáhající obětem domácího násilí v České republice**

V České republice existuje několik zařízení, které se věnují pomoci obětem domácího násilí. Prvním z nich jsou intervenční centra. Jsou to zařízení sociální služby, které poskytují specializovanou odbornou sociálně – právní a psychologickou pomoc obětem domácího násilí a dále spolupracují s navazujícími službami sociální i zdravotnické sítě v určitém regionu. Jejich činnost je zakotvena v zákoně (Špatenková, 2011). Tato centra mají pravomoc, která jim umožňuje kontaktovat nejen ohroženou osobu, ale i další osoby, které o násilí vědí – například sousedy, přátele, děti. Dále pomáhají při komunikaci s orgány sociálně – právní ochrany dětí, orgány Policie České republiky a dalšími nestátními organizacemi. Intervenční centra kontaktují ohrožené osoby nejčastěji na podnět Policie ČR dle zákona o ochraně před domácím násilím. Všechny služby, které intervenční centrum poskytuje, jsou bezplatné (Buskotte, 2008). Dlouhodobější psychologickou péči využívají v intervenčním centru především klientky, které se z nějakého důvodu rozhodly v násilném vztahu setrvat, nebo z něho zatím z různých důvodů nemohou vystoupit. Klientky hledají na terapii bezpečí a prostor, ve kterém mohou svoje trápení ventilovat a jsou zde vyslechnuty. Často se u žen objevuje strach a pocit viny. Velmi důležitou součástí terapie je také transformace nepravdivých přesvědčení, které má žena většinou jako důsledek partnerova psychického násilí. Žena se cítí nedostatečná, její

sebevědomí je velmi nízké. Zlomový bod terapie je pak samotný odchod ženy od násilného partnera. Klientka pak může zažívat pocity ztráty a neschopnosti zvládnout praktické nároky života. Je důležité začít kolem klientky vytvářet síť jiných vztahů, které ji pomohou v nově nastalé situaci. Klíčové je nebagatelizovat tyto prožitky a podpořit klientku v samostatnosti (Šusterová, 2010).

Další možností, kde najít pomoc, může být pro ohrožené osoby občanské sdružení Acorus, které je součástí Psychosociálního centra Acorus. Toto centrum poskytuje pomoc jak sociální, právní, tak psychologickou. Základní sociální poradenství se sestává z poskytování informací a způsobech řešení, zvládání obtížné situace. Klientka je také informována o právech a povinnostech vyplývajících ze systému sociálního zabezpečení. Právní pomoc pak zahrnuje především vypracovávání písemných dokumentů k soudům a právní zastupování. Psychologická pomoc je zaměřena na odstranění psychických problémů obětí, zmírnění symptomů PTSD, pomoc ve změně životního postoje k traumatu, uvědomění si vlastní identity a hodnoty, posílení sebevědomí a odstranění pocitů viny. Mimo to se terapie věnuje také uvolnění emočního prožívání, především hněvu, jehož zadržování je pro oběti domácího násilí typická. Ke konci léčby se žena musí naučit, jak se svobodně rozhodovat, přijímat za to zodpovědnost a naučit se cítit respektována (Bednářová, 2010).

Občanské sdružení ROSA – centrum pro týrané a osamělé ženy poskytuje komplexní péči ženám a jejich dětem. Poskytuje tři druhy sociální služby: informační a poradenské centrum ROSA, kde se věnují sociálně terapeutickému a sociálně právnímu poradenství; azylové ubytování s utajenou adresou a telefonická krizová pomoc s internetovým poradenstvím. Klíčovým tématem je zde opět podpora při odchodu od násilného partnera, odsouzení jeho chování a sejmutí viny z klientky. Důležité je také posilování sebevědomí a práce se stresem (Hronová, 2010).

Bílý kruh bezpečí nabízí přímou pomoc obětem, svědkům i pozůstalým po obětech kriminality. Pracovníci, kterými jsou poprvé vždy dvojice psycholog a právník, se zaměřují na porozumění a znovunastolení pocitu bezpečí. Pomáhají stabilizovat emoční reakce (pocity studu, lítost, hněv, zármutek) a je zde možnost krátkodobé podpůrné terapie. Právně nabízejí informace o právech poškozeného i svědka v trestním řízení a další individuální potřeby obětí a jejich blízkých (Vitoušová, 2010).

Oběti domácího násilí mohou využít možnosti azylových domů, které jim nabízejí útočiště, pokud se ve svém vlastním bydlení necítí v bezpečí. Azylové domy jsou zřízeny proto, aby nabízely ochranu a podporu v náročné situaci. Jedinou překážkou může být kapacita těchto

zařízení, která je často plně obsazena a je nutné si na přidělení místa počkat. Na několika adresách je také možné se ubytovat v tzv. utajeném bydlení. Žena se do takového zařízení může dostat skrze první informační pohovor s pracovnící, která je pak osobně zavede do tohoto ubytování (Buskotte, 2008).

## Návrh výzkumného projektu

V předcházejících kapitolách byly zmapovány teoretické přístupy v možnostech terapeutické a poradenské práce s ženami jako oběťmi domácího násilí. Vytyčeny byly základní terapie, které byly prokázány jako efektivní zejména vzhledem k redukci symptomů PTSD a dalších přidružených potíží jako jsou deprese, pocity viny a nízké sebevědomí.

### 3. Projekt ověřující efektivitu konkrétního psychoterapeutického programu

Výzkumný projekt bude navržen tak, aby ověřil efektivitu konkrétního psychoterapeutického programu u žen, které se staly oběťmi domácího násilí. Výsledkem tohoto programu by měla být redukce symptomů PTSD a dalších příznaků jako jsou deprese, pocity viny a nízké sebevědomí.

Na léčbu právě posttraumatické stresové poruchy je tento výzkum zaměřen proto, že 31 – 84 % týraných žen může být ohroženo touto poruchou (Jones et al., 2001). Je tedy zřejmé, že PTSD může být velmi rozšířeným fenoménem, který je třeba řešit.

#### 3.1 Design výzkumného projektu

Navržený výzkumný projekt má povahu kvantitativního šetření a bude prováděn na souboru minimálně 240 osob – žen, které se staly oběťmi domácího násilí. Účastnice budou vybrány z konkrétního zařízení (případně více zařízení), která se věnují pomoci obětem domácího násilí. Těžištěm výzkumu bude konkrétní psychoterapeutický program vycházející z kognitivně – behaviorální terapie v rozsahu asi 11 sezení. Program obětí domácího násilí bude veden kvalifikovanými psychology/psychoterapeuty v 90 minutových individuálních sezeních dvakrát týdně.

Specifickým výzkumným designem bude experiment, protože výzkumník bude náhodně rozřazovat participantky, které jsou ochotny podstoupit konkrétní psychoterapeutický program, do jednotlivých skupin. Bude využit Solomonův design čtyř skupin, kde budou čtyři skupiny po 60 účastnicích, dvě experimentální a dvě kontrolní. Experimentální skupina 1 bude testována, dále bude provedena intervence v podobě konkrétního programu psychoterapie, a poté bude skupina testována znovu. Kontrolní skupina 1 bude ponechána bez tohoto specifického programu (bez intervence), ale bude testována pretestem i posttestem. Experimentální skupina 2 nebude testována před intervencí, pouze po ní. Kontrolní skupina 2 bude testována pouze posttestem a nebude intervencí

podstupovat. Tento design bude využit proto, že odstíní možné zkreslení senzibilizací kontrolní skupiny už samotným vybráním do výzkumu – pretestem. Solomonův design také vyžaduje velmi mnoho participantů, proto budou data sbírána v rámci delšího časového období – cca 5 let.

*Three One-Treatment Condition Experimental Designs*

Design	Group		Pretest	Treatment	Posttest
Solomon four-group	1	R	$O_1$	$X$	$O_2$
	2	R	$O_3$		$O_4$
	3	R		$X$	$O_5$
	4	R			$O_6$
Pre- and posttest control group	1	R	$O_1$	$X$	$O_2$
	2	R	$O_3$		$O_4$
Posttest-only control group	1	R		$X$	$O_5$
	2	R			$O_6$

*Note.*  $O$  = outcome measure;  $X$  = treatment; R = randomization.

**Obrázek 1: Solomonův design čtyř skupin (Braver & Braver, 1988)**

Absolvování psychoterapeutického programu u experimentálních skupin bude předcházet pretestování participantek. Budou využity dotazníky: Dotazník traumatických událostí – DEQ (Kubany, Leisen, Kaplan, & Kelly, 2000), Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé – BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996), Rosenbergova škála sebehodnocení – RSES (Rosenberg, 1965) a Inventář viny související s traumatem – TRGI (Kubany et al., 1996). Stejně šetření pak bude prováděno i po absolvování celého psychoterapeutického programu, tedy přibližně s dvouměsíčním odstupem. U kontrolních skupin bude testování probíhat přibližně ve stejných obdobích jako u experimentálních skupin.

Je předpoklad, že z navrženého designu se může projevit změna u některých sledovaných hodnot obětí a tím i jistá efektivita zvolené intervence – konkrétního psychoterapeutického programu.

Kritérium vyloučení ze studie může být navrácení ženy k násilnému partnerovi nebo započetí užívání návykových látek během výzkumu. Vyloučit ženu ze studie lze i v případě, že na domluvené sezení nebude docházet pravidelně.

Personální náročnost bude kvůli tomuto designu studie značná. Je nutné využít všechny dostupné terapeuty v daných zařízeních, je počítáno asi s 5 – 10 kvalifikovanými psychology/psychoterapeuty. Kromě samotné terapie se terapeuti budou účastnit i výběru participantek do studie, úvodních a závěrečných informačních schůzek. Výzkumy však ukazují, že není třeba, aby klientky vedla jako terapeutka pouze žena. Efektivita terapie by se měla



prokázat, i pokud bude terapeut muž. Pohlaví terapeuta nemá výrazný vliv na úspěšnost terapie (Kubany et al., 2004).

Solomonův design čtyř skupin je velmi finančně nákladný, jelikož by měl probíhat řadu let pro získání dostatečného počtu účastnic. Finance budou vynakládány na samotné terapeuty a zároveň na výzkumníky, kteří budou průběžně analyzovat získaná data.

### **3.2 Cíle výzkumu**

Výzkumným cílem empirické studie je ověření efektivity konkrétního psychoterapeutického programu vycházejícího z kognitivně – behaviorální terapie u vybrané skupiny žen, které se staly oběťmi domácího násilí. Konkrétně jde o porovnání symptomů PTSD, deprese, pocitů viny a nízkého sebevědomí před a po absolvování konkrétního psychoterapeutického programu. Tyto symptomy jsou spojeny se zkušeností oběti domácího násilí. Program bude navržen rámcově, ale je třeba, aby se přizpůsoboval potřebám jednotlivých participantek. Efektivita tohoto psychoterapeutického programu bude porovnávána s čekací listinou, na kterou budou zařazeny účastnice z kontrolní skupiny.

#### *3.2.1 Výzkumné otázky*

VO1: Jak se změní symptomy PTSD, deprese, pocitů viny, studu a nízké sebevědomí po záměrné intervenci?

VO2: Dojde k redukci příznaků PTSD, deprese, pocitů viny, studu a zvýšení malého sebevědomí po záměrné intervenci?

#### *3.2.2 Hypotézy*

H1: Participantky, které podstoupí konkrétní psychoterapeutický program, mají signifikantně nižší skóre v Dotazníku traumatických událostí (DEQ) než kontrolní skupina, která neabsolvovala kognitivní trauma terapii pro týrané ženy s PTSD.

H2: Participantky, které podstoupí konkrétní psychoterapeutický program, mají signifikantně nižší skóre v Beckové sebesposuzovací škále depresivity pro dospělé (BDI-II) než kontrolní skupina, která neabsolvovala kognitivní trauma terapii pro týrané ženy s PTSD.

H3: Participantky, které podstoupí konkrétní psychoterapeutický program, mají signifikantně nižší skóre v Inventáři viny související s traumatem (TRGI) než kontrolní skupina, která neabsolvovala kognitivní trauma terapii pro týrané ženy s PTSD.

H4: Participantky, které podstoupí konkrétní psychoterapeutický program, mají signifikantně vyšší skóre v Rosenbergově škále sebehodnocení (RSES) než kontrolní skupina, která neabsolvovala kognitivní trauma terapii pro týrané ženy s PTSD.

### **3.3 Návrh specifického psychoterapeutického programu**

Psychoterapeutickým programem, který bude v projektu využit, bude kognitivní trauma terapie pro týrané ženy s PTSD (Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD – CTT-BW). Efektivitu této terapie testoval Kubany a jeho spolupracovníci poprvé v roce 2003. Výzkum pak rozšířili a provedli znovu v roce 2004. U obou studií byla podpořena hypotéza o signifikantním snížení symptomů PTSD a dalších obtíží u žen, které se staly oběťmi domácího násilí (Kubany et al., 2004).

Důvodem pro výběr právě tohoto konkrétního programu do návrhu výzkumného projektu byl fakt, že tato terapie v sobě zahrnuje terapii všech podstatných symptomů, kterými mohou týrané ženy trpět, jako jsou: symptomy PTSD, deprese, pocity viny, studu a nízké sebevědomí. Tyto příznaky byly blíže popisovány už v teoretické části.

Terapie v sobě zahrnuje několik hlavních léčebných prvků, které vychází z kognitivně – behaviorální léčby PTSD. Obsahuje psychoedukaci o PTSD, techniky zvládání stresu (včetně tréninku relaxace), mluvení o traumatické události, expozice jako domácí úkoly, posuzování a upravování iracionálních myšlenek, které souvisí s vinou. Další moduly terapie jsou také učení asertivní komunikaci, řízení nechtěných kontaktů s bývalým násilným partnerem, způsoby, jak rozeznat potenciálního násilníka a tím se vyhnout reviktimizaci (Kubany & Watson, 2002).

Program pak bude probíhat 2x týdně na 90 minut při individuální terapii. Celkem účastnice absolvuje 8 – 11 sezení, které tedy odpovídají přibližně 4 – 6 týdnům. Většina klientek by měla terapii zvládnout v 8 – 10 sezeních (Kubany & Watson, 2002). První sezení se bude věnovat navázání kontaktu s klientkou, zjištění historie partnerského násilí. Zároveň bude klientkám poskytnut přehled o tématech, která budou v terapii následovat a budou probírána. Druhé až čtvrté sezení by se mělo věnovat dokončení explorace historie traumatu, psychoedukace o PTSD, seznámení klientky s expozicí a domácími úkoly a jejich zadání, psychoedukace o naučené bezmocnosti, psychoedukace o zvládání stresu a progresivním tréninku svalové relaxace. Páté až osmé sezení by pak mělo zahrnovat vlastní kognitivní terapii pro uvolnění pocitů viny z traumatu. Tím je posouzení otázky viny, debriefing viny z incidentu, vlastní kognitivní terapie, která obsahuje analytické cvičení pro opravu myšlenek. Iracionální myšlenky přispívají k deformacím v postojích, které jsou zaplaveny vinou. Ke konci terapie do

jedenáctého sezení by měl psycholog/psychoterapeut ještě seznámit klientky s technikami asertivní komunikace, naučit je odlišovat potenciální násilné partnery a případně reagovat na nechtěný kontakt s násilným partnerem. Je zde možnost využít techniky role-playing a modelování. Také by měl terapeut edukovat o strategiích sebeobhajování v několika oblastech fungování – potřeba spokojenosti má být pro ženu hlavní prioritou, rozhodování má být v souladu s nejlepšími zájmy klientky, naučení schopnosti postavit se za svá práva, netolerování disrespektu od ostatních (Kubany et al., 2004).

### **3.4 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor bude tvořit minimálně 240 žen z konkrétních zařízení, která se specializují na pomoc obětem domácího násilí v České republice. Výzkumný soubor je volen s ohledem na případnou úmrtnost souboru a stále dostatečnou sílu statistické analýzy. Výběr účastnic budou provádět výzkumníci ve spolupráci s psychology/psychoterapeuty s daného zařízení, z důvodu větší obeznámenosti s klientkami. Ženy budou do výzkumu zařazeny, pokud budou se studií souhlasit a jejich věk bude minimálně 18 let. Následně pak budou výzkumníky rozřazeny do experimentálních a kontrolních skupin.

Existuje pět základních podmínek, které ženy musí splňovat, aby mohly být do studie zařazeny (Kubany et al., 2004):

- být někdy v životě obětí domácího násilí,
- být alespoň 30 dní mimo násilný vztah,
- alespoň 30 dní je nikdo fyzicky a sexuálně nenapadl ani je nestalkoval,
- aktuálně nezneužívat drogy nebo alkohol,
- nemít schizofrenii nebo bipolární poruchu.

Splnění těchto podmínek budou výzkumníci konzultovat s psychology/psychoterapeuty v konkrétním zařízení, případně pak přímo s klientkami na první informační schůzce. Podmínky jsou stanoveny tak, aby vazba na partnera nekomplikovala terapii. Vazba k násilnému partnerovi může mít na léčbu silný negativní dopad (Kubany & Watson, 2002). Dalším důvodem pro nepřijetí klientky do programu pak může být výrazná jazyková bariéra, přestože efektivita tohoto konkrétního psychoterapeutického programu by neměla záviset na etnické příslušnosti participantky (Kubany et al., 2004). Z etických důvodů nebude vyžádáno, aby klientky přerušily svoji terapii v jiném zařízení.

Populace, které se zkoumaná problematika týká, je populace žen v České republice, které byly někdy v životě obětmi jakékoli formy domácího násilí a jsou aktuálně mimo násilný vztah alespoň 30 dní.

### **3.5 Výzkumné metody**

Metody do tohoto návrhu výzkumu jsou navrženy z důvodu jejich zacílení na symptomy, které se vážou na zkušenost oběti domácího násilí (Kubany et al., 2004).

Dotazník traumatických událostí (Distressing Event Questionnaire – DEQ), který vyhodnocuje symptomy PTSD podle kritérií v DSM-IV: intenzivní strach, bezmocnost, strach v průběhu událostí; znovuprožívání traumatických událostí; vyhýbání se přemýšlení o traumatu; nadměrná aktivace (příloha č. 1). Také jsou v něm zařazeny položky, které měří pocity viny spojené s traumatem, a položky týkající se vzteku. DEQ obsahuje 21 položek. Odpovědi jsou zaznamenávány na pětistupňové škále 0 – 4. Dle autorů je Cronbachovo alfa 0,80 – 0,95 podle určitých symptomů v dotazníku. Diskriminační validita byla hodnocena proti Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). DEQ správně určilo diagnózu u 90 % týraných žen, zároveň zamítlo diagnózu PTSD u 88 % zdravých žen. Konvergentní validita byla také hodnocena proti CAPS a Modified PTSD Symptoms Scale. Zde byla korelace 0,82 – 0,90 a 0,86 – 0,94. Korelace byly navíc podobné v různých etnických skupinách (Kubany et al., 2000).

Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (Beck Depression Inventory – BDI-II) je jedním nejvyužívanějších metod pro zjišťování depresivity. Stejně jako první verze se i tato skládá z 21 kategorií symptomů. Každá kategorie pak obsahuje 3 – 4 sebesuzující tvrzení. Každé tvrzení pak může být hodnoceno na škále 0 – 3, aby byl rozlišen stupeň závažnosti symptomu deprese. Položky byly vybrány na základě jejich vztahu k chování, které se projevuje při depresi. Coeficient alfa je 0,92, test-retestová reliabilita dosáhla 0,93 po týdnu (Beck et al., 1996). Vývoj dotazníku byl prováděn na 226 psychiatrických pacientech, později byla provedena replikace se 183 pacienty (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).

Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES) se využívá na měření globálního sebehodnocení. Škála je sebesuzovací, má deset položek, hodnotí se na čtyřstupňové škále 1 – 4. Celkové skóre tak může dosahovat až 40 bodů. Původní vzorek, pro který byla stupnice vyvinutá, se skládal z 5024 středoškolských studentů. Dnes je již však hojně využívána pro různé skupiny, včetně dospělých. Test-retestová reliabilita po dvou týdnech byla 0,85 – 0,88. Ukazuje tak výbornou stabilitu. RSES také koreluje s dalšími škálami, které měří

sebevědomí. Navíc koreluje i nástroji na měření deprese a úzkosti a potvrzuje tím i výbornou validitu (Rosenberg, 1965).

Inventář viny související s traumatem (Trauma Related Guilt Inventory – TRGI) se využívá na měření pocitů viny, kognitivních a emocionálních aspektů viny spojené s konkrétními traumatickými událostmi (příloha č. 2). Sestává se z 32 položek, odpovědi jsou zaznamenávány na pětistupňové škále 1 – 5. TRGI obsahuje několik subškál: Distress Scale (6 položek), Global Guilt Scale (4 položky), The Guilt Cognitions Scale (22 položek) se dělí na další tři subškály (Hindsight-Bias/Responsibility, Wrongdoing, Insufficient Justification a 6 položek na obecnou kognici. Test-retestová korelace je od 0,73 do 0,86. Reliabilita metody dána Cronbachovým alfa 0,67 – 0,82 pro kognitivní subškály a 0,86 – 0,90 pro ostatní škály. Validita byla prokázána korelací s dalšími nástroji na měření PTSD a deprese u žen, které zažívaly domácí násilí (Kubany et al., 1996).

Dotazníky DEQ a TRGI jsou v tomto návrhu výzkumu využity především proto, že v českém prostředí nebyly nalezeny vhodné dotazníky, které by zachycovaly symptomy PTSD u týraných žen a pocity viny. Dalším důvodem jejich zařazení do návrhu studie je fakt, že Kubany využil tyto metody v minulých výzkumech, kde testoval efektivitu právě kognitivní trauma terapie pro týrané ženy s PTSD.

Tyto dotazníky zatím nebyly v České republice přeloženy a nemají české normy, nejsou standardizovány. Využití v tomto výzkumu by tedy muselo předcházet jejich dvojité přeložení, případně vytvoření norem pro českou populaci v pilotní studii. V designu tohoto návrhu však není nutné vytvořit české normy. Porovnávány budou výsledky jednotlivých účastnic v dotaznících před a po intervenci. Není tedy nutné zasazení účastnic do běžné populace, ale srovnání jejich výsledků před a po terapii pro podpoření hypotézy o efektivitě terapie.

### **3.6 Způsob sběru dat a zpracování dat**

Sběr dat proběhne v konkrétních zařízeních, které se zabývají pomocí obětí domácího násilí, kde budou participantky docházet na terapii. S každou účastnicí proběhne testování individuálně na první a poté závěrečné informační schůzce.

Sběr dat bude probíhat vždy nejprve testováním participantek z experimentální skupiny 1 a kontrolní skupiny 1 před zahájením terapie u experimentální skupiny. Stejně šetření pak bude prováděno i po absolvování celého psychoterapeutického programu u všech čtyř skupin žen, tedy přibližně s dvouměsíčním odstupem. Ke sběru dat budou využity dotazníky: Dotazník traumatických událostí (Kubany et al., 2000), Beckova sebesuzovací škála depresivity pro

dospělé (Beck et al., 1996), Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg, 1965) a Inventář viny související s traumatem (Kubany et al., 1996).

Administrace bude probíhat formou tužka a papír. Administrátor bude po celou dobu testování přítomen. Participantka se bude mít vždy možnost zeptat na případné nejasnosti ohledně dotazníku. Bude požádána, aby vyplnila všechny položky. U administrace bude přítomen i psycholog/psychoterapeut, který zde bude udržovat bezpečnost účastnice, pokud by se při samotném testování výrazněji rozrušila.

Jako první bude administrován Distressing Event Questionnaire (DEQ), který měří symptomy PTSD dle kritérií DSM-IV, poté Beck Depression Inventory (BDI-II), zaměřující se na příznaky deprese. Jako další bude využit Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), který měří míru sebevědomí a sebeúcty. Nakonec bude administrován Trauma Related Guilt Inventory (TRGI), který vyhodnocuje pocity viny spojené s traumatem.

Vyhodnocení dotazníků bude probíhat dle testových manuálů. Data pak budou přiřazena k jednotlivým účastnicím. Získaná data budou statisticky analyzována dle diagramu s meta-analytickým přístupem (Braver & Braver, 1988). Nebude však proveden závěrečný t-test a meta-analytické zpracování. Analýza bude využitelná i bez těchto závěrečných kroků.

Analýza získaných dat umožní zodpovědět dané výzkumné otázky a podpořit, či vyvrátit stanované hypotézy. Výsledky pak patrně vygenerují i další otázky související s efektivitou tohoto specifického terapeutického programu.

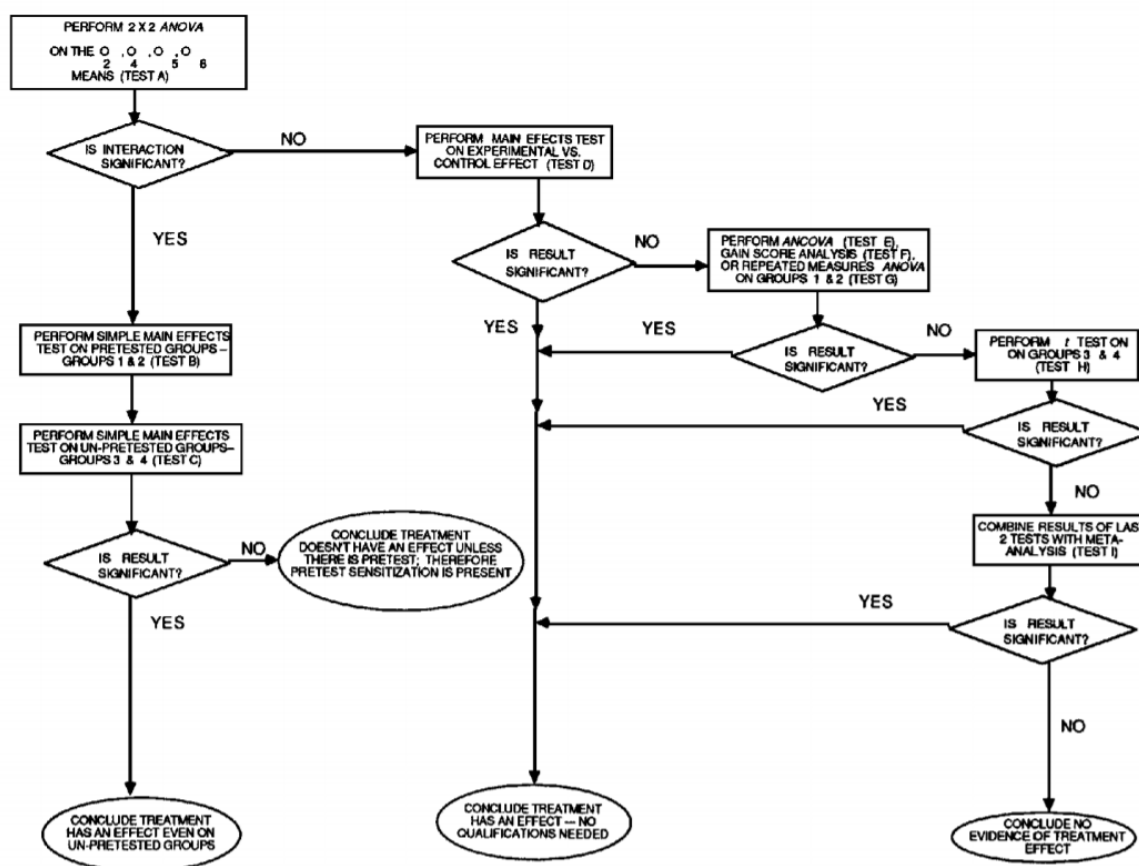


Figure 1. Flowchart of tests and conclusions. (O = outcome measure; ANOVA = analysis of variance; ANCOVA = analysis of covariance.)

Obrázek 2: Diagram pro statistickou analýzu dat ze Solomonova designu čtyř skupin (Braver & Braver, 1988)

### 3.7 Etika navrhovaného výzkumu

Výběr particípek do studie bude probíhat na základě jejich souhlasu (podepsání písemného informovaného souhlasu) a splnění výše uvedených kritérií. Před vstupem budou informovány o průběhu výzkumu, jeho účelu a způsobu zpracování dat. Garantována bude také anonymita účastnic. Data budou zpracována pouze pod číselnými kódy, které budou ženám přiřazeny. Uveřejňování výsledků by probíhalo výhradně v celkovém kontextu všech particípek dohromady, ne jednotlivých kazuistik.

Jednou z velmi důležitých etických otázek je však ponechání poloviny žen (dvou kontrolních skupin) bez terapie. Ženy z těchto skupin budou ovšem zařazeny na čekací listinu a dostanou tento specifický terapeutický program přibližně s dvoutměsíčním zpožděním (po skončení testování experimentálních skupin). Tak zajistíme i pro tyto dvě kontrolní skupiny léčbu. Mezitím jim také bude umožněna jejich vlastní terapie v jiném zařízení. Tento design byl zvolen z důvodu relativně krátké terapie (4 – 6 týdnů).

## 4. Diskuse

Terapie či poradenství, které by měly pomáhat obětem domácího násilí, se pojí s konkrétními dopady domácího násilí na ohrožených osobách. Měly by se věnovat jednotlivým symptomům, které se mohou objevit, a zároveň klientky co nejvíce osamostatnit a zplnomocnit. V této práci jsou vytyčeny takové přístupy, které se přímo vztahují ke konkrétním příznakům. Takovýchto programů a technik může být poměrně velké množství. Práce se však soustředí na ty, které byly v minulosti prokázány jako nejefektivnější vzhledem k redukci symptomů PTSD a dalších přidružených příznaků.

Velmi dobře se osvědčují terapie, které vychází s kognitivně – behaviorální terapie (Holcner, 2011). U CBT to mohou být techniky prodloužená expozice a kognitivní restrukturalizace, nebo již specifické typy, jako je kognitivně procesivní terapie (Resnick et al., 2002). Jako efektivní se prokázala i EMDR, která je již pevně zakotvena v léčbě PTSD (Ironson et al., 2002), a dialektická behaviorální terapie, která zatím nebyla příliš testována (Iverson et al., 2009). V prvním kontaktu se však většinou využívá krizová intervence (Špatenková, 2011), případně poradenství. Kontroverzní nadále zůstává otázka párové terapie. Některé státy ji odmítají v první fázi léčby (McCollum & Stith, 2008), jiné výzkumy však prokazují, že tyto terapie mohou být efektivní (Stith et al., 2004).

Nově mohou být terapie vedeny i pomocí videohovoru. To by mohlo mít výrazně pozitivní efekt pro klientky, které nemají možnost dojíždět častěji na terapie do organizací, které se zabývají pomocí obětem domácího násilí (Gray et al., 2015).

V této bakalářské práci jsou u návrhu výzkumného projektu předpokládány podobně kladné výsledky jako u minulých výzkumů na toto téma (Kubany et al., 2003; Kubany et al., 2004). I replikace Becka podpořila hypotézu o efektivnosti kognitivní trauma terapie pro týrané ženy s PTSD (Beck et al., 2016). Proto i tomto navrženém výzkumu je předpoklad signifikantních pozitivních výsledků i přes to, že v České republice nebyla tato terapie zatím výzkumně prokázána jako efektivní. Mělo by dojít k redukci příznaků PTSD, deprese, pocitů viny a naopak zvýšení sebevědomí klientek. Navíc Solomonův design čtyř skupin, který je ve výzkumu využit, by měl odstínit možné zcitlivění kontrolních skupin a tím zpřesnit výsledky a interpretaci tohoto výzkumu.

S tímto designem se však pojí i množství negativních důsledků, jako je opravdu značná finanční, personální, časová a organizační náročnost projektu. Výzkum by měl probíhat řadu let. S tím se pojí neustálá činnost jak terapeutů, tak výzkumníků, kteří by měli být k dispozici a zároveň by měli být finančně ohodnoceni. Ženy budou terapii podstupovat v různých



časových obdobích i s například tříletým odstupem. Je zde tedy mnoho faktorů, které vstupují do statistické analýzy. Jedním z nich může být například změna terapeutů v průběhu výzkumu. Některé ženy, které nastoupily do terapie hned zpočátku výzkumu, mohou mít jiné terapeuty než ty, které nastoupily do programu například po třech letech. Rizikem zůstává i předpokládaný velký počet účastnic studie z důvodu dosažení dostatečné síly statistické analýzy. Muselo by proto být osloveno mnoho organizací, kde se pomoci obětem domácího násilí věnují.

Musí být zmíněny i další limity návrhu výzkumu. Je tu hned několik obtíží se zobecněním závěrů. Jedním z nich je fakt, že výsledky nemůžeme zobecňovat na ty ženy, které jsou aktuálně stále v násilném vztahu. Tato terapie byla navržena pouze pro ty, které již odešly od násilného partnera a jsou alespoň 30 dní mimo násilný vztah. Proto také terapie neobsahuje vytváření bezpečnostního plánu, který v takovém případě není nutný. Rovněž nemůžeme zobecňovat na všechny ženy ohrožené domácím násilím, protože výzkum byl navržen pouze pro ženy z České republiky z konkrétních zařízení.

Pak jsou tu limity, které souvisí se samotnou terapií. Terapie se nemusí prokázat jako úspěšná pokud hlavním tématem pro ženu není pocit viny, protože jedním z cílů terapie je odstranění právě těchto pocitů. Podobně mohou být výsledky studie ovlivněny tím, že některé s žen mohou během výzkumu docházet i na jinou terapii. To jim z etických důvodů bylo umožněno.

Další z nastolených otázek je problém užitých metod. Z důvodu využití dvou dotazníků (DEQ a TRGI), které nejsou standardizovány v České republice, je třeba být opatrný v interpretacích jejich výsledků, případně vytvořit v předvýzkumu české verze těchto dotazníků pomocí dvojitého přeložení a vytvoření norem.

Další zkoumání účinnosti této terapie by mělo proběhnout v různých státech. Zatím byla zkoumána především na Havaji a místních ženách. Rovněž by měla být testována na větším vzorku s využitím jiných testovacích metod pro lepší rozpoznání efektivity psychoterapeutického programu. Lze využít i rozhovor pro potvrzení výsledků z dotazníků a testů. Příští výzkumy by se také měly zaměřit na trvání zlepšení příznaků PTSD a dalších symptomů v čase – 3, 6 měsíců.

Je zde předpoklad, že po podpoření efektivity tohoto programu (kognitivní trauma terapie pro týrané ženy s PTSD) na území České republiky by se mohl centrálně využívat především ve státně zřízených intervenčních centrech, jejichž činnost je zakotvena v zákoně, případně samozřejmě v dalších centrech, které se zabývají pomocí obětem domácího násilí.

## **Závěr**

Cílem práce bylo zmapovat jednotlivé přístupy a psychologické aspekty v terapeutické a poradenské práci s ženami jako oběťmi domácího násilí. Dále pak navrhnout výzkum, který by ověřil efektivitu konkrétního psychoterapeutického programu u žen, které se staly oběťmi domácího násilí. Tento program se zaměřuje na snížení symptomů, které se objevují u obětí domácího násilí.

V literárně přehledové části bylo definováno domácí násilí, popsány jeho znaky a hlavní formy. Popsány byly také možné dopady a to jak fyzické, tak psychické. Zmíněny byly možné reakce žen, které mohou po zkušenosti oběti domácího násilí nastat. Dle odborné literatury pak byla popsána vhodná komunikace s osobami ohroženými domácím násilím a proces odpoutávání se oběti od násilného vztahu, jehož znalost může být stěžejní pro práci pomáhajících odborníků. Klíčová část pak byla druhá kapitola, která se věnovala konkrétním typům terapeutické a poradenské práce. Zahrnovala krizovou intervenci, která se využívá především v prvních fázích kontaktu, velmi diskutovanou párovou terapii, poradenství a další typy a techniky kognitivně – behaviorální terapie. Byly zmíněny i organizace, které v České republice pomáhají obětem domácího násilí a popsány služby a přístupy, které tyto instituce využívají.

Druhou část bakalářské práce tvořil návrh výzkumného projektu, který se soustředil na ověření efektivitu konkrétního psychoterapeutického programu. Ten se měl zaměřit na snížení negativních symptomů PTSD, deprese, pocitů viny a nízkého sebevědomí. Závěry, které výzkumný projekt předpokládá, mohou přispět k realizaci efektivního programu v organizacích, které se věnují terapii obětí domácího násilí v České republice.

## Seznam použité literatury

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, J. G., Tran, H. N., Dodson, T. S., Henschel, A. V., Woodward, M. J., & Eddinger, J. (2016). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women: Replication and Extension. *Psychology of Violence*, 6(3), 368-377.
- Bednářová, J. (2010). Informace o Psychosociálním centru Acorus. In A. Nedvěďová, L. Vaníčková, & Z. Chomová (Eds.), *Sborník textů k problematice domácího násilí* (27-34). Praha: CSSP.
- Braver, M. C., & Braver, S. L. (1988). Statistical Treatment of the Solomon Four-Group Design: A Meta-Analytic Approach. *Psychological Bulletin*, 104(1), 150-154.
- Buskotte, A. (2008). *Z pekla ven. Žena v domácím násilí*. Brno: Computer Press, a.s.
- Čírtková, L. (2008). *Moderní psychologie pro právníky. Domácí násilí, stalking, predikce násilí*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Čírtková, L. (2007a). Pomoc obětem. In L. Čírtková, & P. Vitoušová (Eds.), *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů* (126-152). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Čírtková, L. (2007b). Psychologie oběti. In L. Čírtková, & P. Vitoušová (Eds.), *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů* (11-45). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Dobson, K. S., McEppan, A. M., & Dobson, D. (2019). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.
- Fals-Stewart, W., Kashdan, T. B., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients; effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 87-96.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Scheider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 58-67.
- Foa, E. B. (2006). Psychosocial Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 40-45.
- Foa, E. B., & Rauch, S. A. (2004). Cognitive Changes During Prolonged Exposure Versus Prolonged Exposure Plus Cognitive Restructuring in Female Assault Survivors With

- Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 879-884.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (2005). Randomized Trial of Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder With and Without Cognitive Restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims: A Comparison Between Cognitive-Behavioral Procedures and Counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715-723.
- Gray, M. J., Hassija, C. M., Jaconis, M., Barrett, C., Zheng, P., Steinmetz, S., & James, T. (2015). Provision of Evidence-Based Therapies to Rural Survivors of Domestic Violence and Sexual Assault via Telehealth: Treatment Outcomes and Clinical Training Benefits. *Training and Education in Professional Psychology*, 9(3), 235-241.
- Hembree, E. A., Street, G. P., Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2004). Do Assault-Related Variables Predict Response to Cognitive Behavioral Treatment for PTSD? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 531-534.
- Holcner, T. (2011). Prevence a léčba posttraumatické stresové poruchy. In *Posttraumatická stresová porucha v kontextu domácího násilí, mezinárodní konference Praha 2011, sborník přednášek* (21-31). Praha: CSSP.
- Hronová, M. (2010). ROSA – centrum pro týrané a osamělé ženy. In A. Nedvědová, L. Vaníčková, & Z. Chomová (Eds.), *Sborník textů k problematice domácího násilí* (35-28). Praha: CSSP.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of Two Treatments for Traumatic Stress: A Community-Based Study of EMDR and Prolonged Exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113-128.
- Iverson, K. M., Resick, P. A., Suvak, M. K., Walling, S., & Taft, C. (2011). Intimate Partner Violence Exposure Predicts PTSD Treatment Engagement and Outcome in Cognitive Processing Therapy. *Behavior Therapy*, 42(2), 236-248.
- Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242-248.

- Johnson, D. M., & Zlotnick, C. (2006). A cognitive-behavioral treatment for battered women with PTSD in shelters: Findings from a pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 559-564.
- Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence, & Abuse, 2*(2), 99-119.
- Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2002). Cognitive Trauma Therapy for Formerly Battered Women with PTSD: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(2), 111-127.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M., & Stahura, C. (1996). Development and Validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment, 8*(4), 428-444.
- Kubany, E. S., Hil, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K., & Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 3-18.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., & Owens, J. A. (2003). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women with PTSD: Preliminary Findings. *Journal of Traumatic Stress, 16*(1), 81-91.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., & Kelly, M. P. (2000). Validation of a Brief Measure of Posttraumatic Stress Disorder: The Distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment, 12*(2), 197-209.
- Lancaster, C. L., Teeters, J. B., Gros, D. F., & Back, S. R. (2016). Posttraumatic Stress Disorder: Overview of. *Journal of Clinical Medicine, 5*(11), 105-118.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Exposure and/or Cognitive Restructuring. *Archives of General Psychiatry, 55*(4), 317-325.
- Marvánová-Vargová, B., Pokorná, D., & Toufarová, M. (2008). *Partnerské násilí*. Praha: LINDE nakladatelství s.r.o.
- McCollum, E. E., & Stith, S. M. (2008). Couples Treatment for Interpersonal Violence: A Review of Outcome Research. *Violence and Victims, 23*(2), 187-201.
- Meichenbaum, D. (2005). *Stress Inoculation Training: A preventative and Treatment Approach*. New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress Inoculation Training. *The Counseling Psychologist, 16*(1), 69-90.

- Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D., . . . McHugo, G. J. (2015). Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), stránky 501-508.
- Parcesepe, A. M., Martin, S. L., Pollock, M. D., & García-Moreno, C. (2015). The effectiveness of mental health interventions for adult female survivors of sexual assault: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, (25), 15-25.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A. (2002). A Controlled Comparison of EyeMovement Desensitization andReprocessing Versus ExposurePlus Cognitive RestructuringVersus Waiting List in theTreatment of Post-traumaticStress Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(5), stránky 299-318.
- Reddemann, L. (2009). *Léčivá síla imaginace*. Praha: Portál.
- Resick, P. A., Uhlmansiek, M. O., Clum, G. A., Galovski, T. E., Scher, C. D., & Young-Xu, Y. (2008). A Randomized Clinical Trial to Dismantle Components of Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Interpersonal Violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 243-258.
- Resnick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Resnick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A Comparison of Cognitive-Processing Therapy With Prolonged Exposure and a Waiting Condition for the Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Female Rape Victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867-879.
- Rizvi, S. L., Vogt, D. S., & Resick, P. A. (2009). Cognitive and Affective Predictors of Treatment Outcome in Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(9), 737-743.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 73-89.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Saunders, D. G. (1994). Posttraumatic stress symptom profiles of battered women: a comparison of survivors in two settings. *Violence and Victims*, 9(1), 31-34.

- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522.
- Sheehy, R., & Horan, J. J. (2004). Effects of Stress Inoculation Training for 1st-Year Law Students. *International Journal of Stress Management*, 11(1), 41-55.
- Stirman, S. W., Gutner, C. A., Suvak, M. K., Adler, A., Calloway, A., & Resick, P. (2018). Homework Completion, Patient Characteristics, and Symptom Change in Cognitive Processing Therapy for PTSD. *Behavior Therapy*, 49(5), 741-755.
- Stith, S. M., McCollum, E. E., Rosen, K. H., & Thomsen, C. J. (2004). Treating intimate partner violence within intact couple relationships: Outcomes of multicouple versus individual couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(3), 305-318.
- Stover, C. S., Meadows, A. L., & Kaufman, J. (2009). Interventions for Intimate Partner Violence: Review and Implications for Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 223-233.
- Šedivá, M., Ševčík, D., Štěrbová, M., Vedra, V., & Vitoušová, P. (2007). *Metodický rámec interdisciplinární spolupráce na místní úrovni při řešení případů domácího násilí*. Praha: Bílý kruh bezpečí.
- Ševčík, D., & Špatenková, N. (2011). *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál.
- Špatenková, N. (2011). Krizová intervence. In N. Špatenková (Ed.), *Krizová intervence pro praxi* (13-49). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Šusterová, M. (2010). Intervenční centrum a systém ochrany před domácím násilím. In A. Nedvěďová, L. Vaníčková, & Z. Chomová (Eds.), *Sborník textů k problematice domácího násilí* (10-16). Praha: CSSP.
- Temple, J. R., Weston, R., Rodriguez, B. F., & Marshall, L. L. (2007). Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence Against Women*, 13(3), 285-297.
- Úlehová, D. (2009). *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vitoušová, P. (2010). Bílý kruh bezpečí, o.s. In A. Nedvěďová, L. Vaníčková, & Z. Chomová (Eds.), *Sborník textů k problematice domácího násilí* (39-43). Praha: CSSP.

- Voňková, J. (2003a). Obecně k pojmu násilí. In J. Voňková (Ed.), *Domácí násilí, právní minimum pro lékaře (20-22)*. Praha: proFem o.p.s.
- Voňková, J. (2003b). Viktimologické aspekty v domácím násilí. In J. Voňková (Ed.), *Domácí násilí, právní minimum pro lékaře (20-22)*. Praha: proFem o.p.s.
- Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper and Row.
- Zayfert, C., & Becker, C. B. (2007). *Guides to individualized evidence-based treatment. Cognitive-behavioral therapy for PTSD: A case formulation approach*. New York: Guilford Press.



## Seznam obrázků

OBRÁZEK 1: SOLOMONŮV DESIGN ČTYŘ SKUPIN (BRAVER & BRAVER, 1988) .....	33
OBRÁZEK 2: DIAGRAM PRO STATISTICKOU ANALÝZU DAT ZE SOLOMONOVA DESIGNU ČTYŘ SKUPIN (BRAVER & BRAVER, 1988).....	40

## Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
BDI – II	The Beck Depression Inventory-II
CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
CBT	Cognitive behavioral therapy
CPT	Cognitive processing therapy
CR	Cognitive restructuring
CTT-BW	Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD
DBT	Dialectical behavioral therapy
DEQ	Distressing Event Questionnaire
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
PE	Prolonged exposure
PTSD	Posttraumatic stress disorder
RSES	Rosenberg Self-esteem Scale
SIT	Stress inoculation training
TRGI	Trauma-Related Guilt Inventory

## **Příloha 1.**

### **Distressing Event Questionnaire (DEQ)**

The purpose of these questions is to evaluate your reactions to your experience(s) of being a victim of domestic violence. The questions ask about the degree to which you experienced 20 symptoms in the past month (the last 30 days, counting today).

0 = Absent or Did Not Occur

1 = Present to a Slight Degree

2 = Present to a Moderate Degree

3 = Present to a Considerable Degree

4 = Present to an Extreme or Severe Degree

1. \_\_\_ Unwanted thoughts or mental pictures of the event(s) when nothing was happening to remind you?
2. \_\_\_ Bad dreams or nightmares about the event(s)?
3. \_\_\_ Suddenly reliving the event(s), flashbacks of the event(s), or acting or feeling as if it was actually happening again?
4. \_\_\_ Distress or emotional upset when reminded of the event(s)?
5. \_\_\_ Psychological reactions when reminded of the event(s)? (such as sweaty palms, rapid breathing, pounding heart, dry mouth, nervous stomach, tense muscles)
6. \_\_\_ Efforts to avoid thoughts or feelings that would remind you of the event(s)?
7. \_\_\_ Efforts to avoid activities, conversations, people, or places that would remind you of the event(s)?
8. \_\_\_ Inability to recall any important parts of what happened?

Items 9 to 17 are about how you thought and felt in the last month – compared to before the event(s)?

9. \_\_\_ Loss of interest in activities that had been important – such as loss of interest in your job, sports, or social activities.
10. \_\_\_ Feeling detached or cut off from others around you?
11. \_\_\_ Feeling emotionally „numb“? (for example, inability to feel tenderness, loving feelings, joyful feelings, or unable to cry)
12. \_\_\_ Thinking your future would be cut short in some way? (for example, no expectations of a career, marriage of children; expecting a shortened life or premature death)

13. \_\_\_ Trouble falling or staying asleep?
14. \_\_\_ Irritability or outbursts of anger?
15. \_\_\_ Difficulty concentrating?
16. \_\_\_ Being alert, watchful, or „on guard“? (for example, looking around you, checking out noises, checking to see if windows and doors were locked)
17. \_\_\_ Jumpy or startled by sudden sounds or movements?
18. \_\_\_ Feeling guilt that was related to the event(s) – in other words, upset because you think you should have thought, felt, or acted differently?
19. \_\_\_ Feeling anger that was related to the event(s) – in other words, upset because you think someone else should thought, felt, or acted differently?
20. \_\_\_ Grief, sorrow, or feelings of loss? (over loss of loved ones, belongings, identity, self-worth, faith in human nature, optimism, or beliefs that something like this would never happen to you)
21. \_\_\_ Did you experience intense fear, helplessness, or horror at any time during the event(s)?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

## Příloha 2.

### Trauma Related Guilt Inventory (TRGI)

Individuals who have experienced traumatic events – such as physical or sexual abuse, combat, sudden loss of loved ones, serious accidents or disasters etc. – vary considerably in their response to these events. Some people do not have any misgivings about what they did during these events, whereas other people do. They may have misgivings about something they did (or did not do), about beliefs or thoughts they had, or for having had certain feelings (or lack of feelings). The purpose of these questions is to evaluate your response to being a victim of domestic violence.

Please take a few moments to think about your experience(s) of victim of domestic violence. All the following items refer to events related to this experience. Circle the answer that best describes how you feel about each statement.

- |  |                |           |               |               |                 |
|--|----------------|-----------|---------------|---------------|-----------------|
| 1. I could have prevented what happened.           | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |
| 2. I am still distressed about what happened.      | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |
| 3. I had some feelings that I should not have had. | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |
| 4. What I did was completely justified.            | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |
| 5. I was responsible for causing what happened.    | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |
| 6. What happened causes me emotional pain.         | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |
| 7. I did something that went against my values.    | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |
| 8. What I did made sense.                          | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |
| 9. I knew better than to do what I did.            | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |
| 10. I feel sorrow or grief about the outcome.      | Extremely true | Very true | Somewhat true | Slightly true | Not at all true |

Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
11. What I did was inconsistent with my beliefs.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
12. If I knew today – only what I knew when the event(s) occurred – I would do exactly the same thing.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
13. I experience intense guilt that relates to what happened.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
14. I should have known better.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
15. I experience severe emotional distress when I think about what happened.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
16. I had some thought or beliefs that I should not have had.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
17. I had good reasons for doing what I did.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
18. Indicate how frequently you experience guilt that relates to what happened.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
19. I blame myself for what happened.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
20. What happened causes a lot of pain and suffering.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
21. I should have certain feelings that I did not have.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
22. Indicate the intensity or severity of guilt that you typically experience about the event(s).				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
23. I blame myself for something I did, thought, or felt.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
24. When I am reminded of the event(s), I have strong physical reactions such as sweating, tense muscles, dry mouth, etc.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
25. Overall, how guilty do you feel about the event(s)?				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true

26. I hold myself responsible for what happened?				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
27. What I did was not justified in any way.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
28. I violated personal standards of right and wrong.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
29. I did something I should not have done.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
30. I should have done something that I did not do.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
31. What I did was unforgivable.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true
32. I didn't do anything wrong.				
Extremely true	Very true	Somewhat true	Slightly true	Not at all true